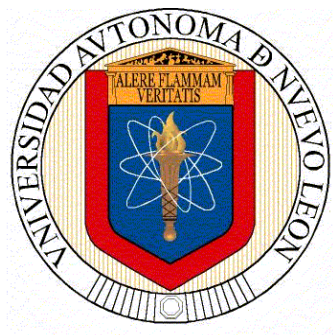


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**SOBREVIVIR AL CÁNCER: EL FATALISMO Y LA SATISFACCIÓN CON
LA VIDA COMO DESENCADENANTES DEL MIEDO A LA RECURRENCIA.**

PRESENTADA POR:

OSCAR ALBERTO ALTAMIRANO CARREÓN

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRIA EN CIENCIAS
CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD**

DICIEMBRE DE 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**



**Sobrevivir al cáncer: el fatalismo y la satisfacción con la vida
como desencadenantes del miedo a la recurrencia.**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS**

Presenta:

Oscar Alberto Altamirano Carreón

Directora:

Dra. Dehisy Marisol Juárez García

DICIEMBRE DE 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La presente tesis titulada “Sobrevivir al cáncer: el fatalismo y la satisfacción con la vida como desencadenantes de miedo a la recurrencia” presentada por Oscar Alberto Altamirano Carreón ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Dehisy Marisol Juárez García

Directora de tesis

Dr. Arnoldo Téllez López

Revisor de tesis

Dra. Teresa de Jesús Sánchez Jauregui

Revisora de tesis

DICIEMBRE 2022

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y mis hermanas, por ser siempre mi mayor fuente de apoyo.

A todas las personas que accedieron a participar en esta investigación, por brindarme de su tiempo y su confianza para compartir su experiencia.

A mi directora de tesis la Dra. Dehisy Marisol Juárez García, por todos los aprendizajes y por siempre haber sido una excelente guía en este proceso.

A mi comité de revisores, el Dr. Arnoldo Téllez López y la Dra. Teresa de Jesús Sánchez Jauregui por sus aportaciones a este trabajo de investigación.

Al Dr. Juan Quiñones Soto, por haber sembrado la curiosidad y la inquietud de salir al mundo.

A la Dra. Cecilia Meza Peña, por el apoyo, los consejos y la amistad durante mi estancia en la maestría.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por otorgarme una beca para realizar mis estudios de posgrado.

A mis compañeros de la maestría por haberme brindado su apoyo.

A todas las personas que se cruzaron por mi vida en los últimos dos años, pues de alguna forma son parte de esto.

DEDICATORIA

A mis padres, por siempre apoyar mis sueños, nada sería posible sin ustedes.

A mis hermanas Carolina y Mariana, mi tía Elida y mi sobrino Hazael, por ser la mejor familia que pude haber tenido.

A mis amigos, Gustavo, Héctor, Juan, Jaime, Jair, Cecilia, Priscila y todos aquellos que han estado conmigo durante todos estos años.

*Ofrezco una obra subjetiva que, sin embargo,
tiende con todas sus fuerzas a la objetividad.*

E. MINKOWSKI

RESUMEN

El avance de la ciencia y la tecnología ha logrado incrementar el número de sobrevivientes de cáncer. En este sentido, diversas son las características que pueden presentar las personas que sobreviven a la enfermedad. Es el caso de variables psicológicas como el miedo a la recurrencia, el fatalismo y la satisfacción con la vida en adultos sobrevivientes de cáncer. Se trata de un estudio no experimental de corte descriptivo correlacional que comprende una muestra de 94 adultos sobrevivientes de cáncer con edades de 23 a 71 años ($M = 51$, $DE = 10.3$) de diferentes zonas de México. El objetivo fue evaluar la relación entre el miedo a la recurrencia, el fatalismo y la satisfacción con la vida en adultos sobrevivientes de cáncer. Los resultados indican relaciones bajas pero significativas entre las variables, mientras que se encontraron diferencias en grupos divididos por características clínicas y sociodemográficas. Finalmente se propone un modelo de regresión logística donde el fatalismo y el miedo a la recurrencia predicen la satisfacción con la vida. Se discute sobre la relación entre las variables, así como la aparición del miedo a la recurrencia en función del tiempo y la capacidad predictora del fatalismo y el miedo a la recurrencia sobre la satisfacción con la vida, se concluye en la importancia de estudiar nuevas variables psicológicas como fenómenos presentes en la sobrevivencia al cáncer.

Palabras clave: Cáncer, fatalismo, satisfacción con la vida, miedo a la recurrencia.

ABSTRACT

Progress in science and technology has managed to increase the number of cancer survivors. Therefore, there are several characteristics that people who survive the disease display. This is the case of psychological variables such as fear of recurrence, fatalism and satisfaction with life in adult cancer survivors. This is a non-experimental descriptive correlational study that includes a sample of 94 adult cancer survivors aged between 23 to 71 years ($M = 51$, $SD = 10.3$) from different areas of Mexico. The purpose was to evaluate the relationship between fear of recurrence, fatalism and life satisfaction in adult cancer survivors. The outcomes indicate low but significant relationships between the variables, while differences were found in groups divided by clinical and sociodemographic characteristics. Finally, a logistic regression model is proposed where fatalism and fear of recurrence predict life satisfaction. The relationship between the variables is discussed, as well as the appearance of fear of recurrence as a function of time and the predictive capacity of fatalism and fear of recurrence on satisfaction with life, that concludes on the importance of studying new variables psychological as phenomena present in cancer survival.

Key words: Cancer, fear of recurrence, fatalism, satisfaction with life.

INDICE

CAPITULO I	10
INTRODUCCION.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
JUSTIFICACION.....	26
OBJETIVO GENERAL.....	28
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	29
CAPITULO 2	30
MARCO TEÓRICO.....	30
ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL CÁNCER.....	30
SOBREVIVIR AL CÁNCER	34
SECUELAS EN SOBREVIVIENTES DE CÁNCER	36
MIEDO A LA RECURRENCIA AL CÁNCER	38
MODELOS TEÓRICOS DE MIEDO A LA RECURRENCIA	41
MODELO DE SENTIDO COMÚN	41
MODELO DE LEE-JONES.....	43
FATALISMO.....	45
FATALISMO EN EL CÁNCER.....	50
EL FATALISMO DENTRO DEL MODELO DE MIEDO A LA RECURRENCIA DE LEE-JONES	52
SATISFACCIÓN CON LA VIDA	54
MODELO DEL BIENESTAR SUBJETIVO.....	55
LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN EL MODELO DEL BIENESTAR SUBJETIVO	56
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA.....	57
SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN EL CÁNCER	58
CAPITULO 3	61
MÉTODO.....	61
DISEÑO DEL ESTUDIO	61
PARTICIPANTES	61
INSTRUMENTOS	62
INVENTARIO DE MIEDO A LA RECURRENCIA AL CÁNCER (IMRC).....	62
ESCALA MULTIFACTORIAL DE FATALISMO (EMF)	62
ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (ESV)	63
PROCEDIMIENTO.....	63

ANÁLISIS DE DATOS.....	64
ASPECTOS ÉTICOS.....	64
CAPITULO IV	66
RESULTADOS	66
ANÁLISIS DESCRIPTIVOS	66
ANÁLISIS DE RELACIÓN DE VARIABLES.....	70
ANÁLISIS DE DIFERENCIA POR GRUPOS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.	71
ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA PREDECIR OCURRENCIA DE VARIABLE.	73
CAPITULO V	74
DISCUSION Y CONCLUSIONES	74
REFERENCIAS.....	83
ANEXOS	108

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA	67
TABLA 2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUESTRA.....	68
TABLA 3 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE SUBESCALAS DEL INVENTARIO DE MIEDO A LA RECURRENCIA.....	69
TABLA 4 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE SUBESCALAS DE LA ESCALA MULTIFACTORIAL DE FATALISMO Y ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA.	69
TABLA 5 CORRELACIONES	70
TABLA 6 PRUEBA U DE MAN WHITNEY PARA DIFERENCIAS POR GRUPOS CON Y SIN OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.	71
TABLA 7 PRUEBA U DE MANN WHITNEY PARA DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS CON 5 Y MÁS AÑOS DE TERMINACIÓN DE TRATAMIENTO.	72

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el cáncer se ha posicionado como uno de los mayores retos en salud pública. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2021) el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, tan solo en el año 2020 cobro la vida de cerca de 10 millones de personas alrededor del mundo, siendo el cáncer pulmonar y el cáncer colorrectal los que mayor número de muertes causaron en este año.

En México, el cáncer se encuentra como una de las primeras causas de mortalidad desde hace décadas (Reynoso-Noverón & Torres-Domínguez, 2017). En el periodo enero - agosto 2020 se registraron en México 683,823 defunciones, de las cuales 60,421 es decir el 9% fueron a causa de tumores malignos, mientras que en 2019 hubo registro de 747,784 defunciones de las cuales 88,683 (12%) fueron a causa de la presencia de tumores malignos (Instituto Nacional de estadística y Geografía, 2021).

No obstante, el avance de la ciencia y la tecnología ha logrado incrementar el número de sobrevivientes a esta enfermedad. Morales-Cruz et al. (2017) mencionan que el cáncer es una enfermedad con una tasa de mortalidad muy alta, sin embargo, la detección temprana y el tratamiento médico favorecen el pronóstico, la recuperación y reducen la probabilidad de muerte a causa del cáncer. Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (2021) menciona que los cánceres más

comunes como el de mama, el cervicouterino, el bucal o el colorrectal, presentan altos índices de curación en función de un diagnóstico temprano y cuando se tratan con las prácticas correctas. De igual forma, otros tipos de cáncer como el seminoma y los diferentes tipos de leucemia y linfomas también presentan altas tasas de curación si se proporciona tratamientos adecuados, inclusive cuando las células cancerosas están presentes en otras áreas del cuerpo.

En este sentido, el aumento de la esperanza de vida en pacientes oncológicos ha incrementado a su vez la incidencia de la enfermedad. Sin embargo, los avances en investigación sobre todo en el cribado, diagnóstico y tratamiento han disminuido considerablemente la mortalidad asociada al cáncer, por lo que el número de sobrevivientes tiene una tendencia al alta (Sociedad Española de Oncología Médica, 2013).

Muldbucker et al. (2020) mencionan que es común que los sobrevivientes de cáncer puedan sufrir dificultades físicas y mentales relacionadas con la experiencia del cáncer y su tratamiento incluso años después de que el tratamiento termine. Regularmente, las personas que sobreviven al cáncer experimentan malestares relacionados con el cáncer o el tratamiento de la enfermedad, estas secuelas constituyen una carga de índole psicosocial en sobrevivientes que puede afectar significativamente su salud mental, bienestar y calidad de vida (Hall et al., 2016).

En este sentido, diversas son las características psicológicas que se pueden presentar en las personas sobrevivientes de cáncer. Es el caso del estudio del miedo a la recurrencia, el fatalismo y la percepción de la satisfacción con la vida en pacientes sobrevivientes de cáncer.

Regularmente, el miedo a la recurrencia al cáncer se define como el temor a que el cáncer pueda volver o progresar en el mismo lugar o en otra parte del cuerpo, además, el grado de preocupaciones que los pacientes reportan acerca de cambios que podrían indicar que el cáncer va a progresar a futuro. Este miedo es una respuesta reactiva adecuada y esperada donde los pacientes se encuentran conscientes y la respuesta puede ser adaptativa y funcional en primeras instancias, no obstante, en altos niveles puede afectar el bienestar y la calidad de vida (Dinkel & Herschbach, 2018).

De forma paralela, Lebel et al. (2016) refieren el miedo a la recurrencia al cáncer como el temor o preocupación que el cáncer regrese o progrese, además este miedo puede ser duradero y variar en el tiempo. Dinkel y Herschbach (2018) mencionan que el miedo a la recurrencia al cáncer suele decrecer en los meses posteriores al diagnóstico, aunque no en general para todos los casos.

Distintas investigaciones se han realizado sobre el miedo a la recurrencia, Cohee et al. (2015), identificaron el procesamiento cognitivo como mediador de la relación entre las limitaciones sociales percibidas y la presencia de miedo a la recurrencia, en este mismo estudio no se encontró a las variables sociodemográficas como predictoras de miedo a la recurrencia.

Smith et al. (2018) realizaron un análisis de regresión entre el miedo a la recurrencia con variables demográficas, metacogniciones y síntomas de estrés post traumático. El modelo explico un 68% de la varianza, 13% variables demográficas (genero, edad, estado civil, educación, empleo, país de origen e idioma que habla) 26% metacogniciones (confianza en la memoria, creencias positivas sobre la

preocupación, auto conclusiones cognitivas, creencias negativas sobre la preocupación y pensamientos de control) y 28% síntomas de estrés post traumático. En la misma línea, Freeman-Gibb et al. (2016) presentan un estudio donde las características que se relacionan con miedo a la recurrencia son: representaciones emocionales, atribución de síntomas y el tiempo de diagnóstico como variables significativas de relación con miedo a la recurrencia.

Ellegaard et al. (2017) presentan un estudio donde demuestran la relación del miedo a la recurrencia con el tiempo que ha pasado desde que finalizó el tratamiento y las necesidades insatisfechas en sobrevivientes con cáncer de mama mientras que Lane et al. (2019) encontraron que un 59% de su muestra presenta un nivel clínico de miedo a la recurrencia y asocia el tiempo de 5 años como mínimo en etapa de sobrevivencia con una baja probabilidad de presentar miedo a la recurrencia, el análisis no logra explicar la dirección de las asociaciones de otras variables de interés con el miedo a la recurrencia como angustia psicológica e insatisfacción con la imagen corporal relacionada con el cáncer.

En el mismo sentido, Hall et al. (2019) informan que la presencia de miedo a la recurrencia se correlaciona en dirección positiva con el estrés y los síntomas somáticos, el modelo de miedo a la recurrencia del cáncer con las variables distrés emocional, cambios en conductas de salud y examinación de síntomas físicos explicaron casi la mitad de la varianza en la angustia de sobrevivientes de cáncer y en medida significativa cambios en el consumo de alcohol y actividad física.

Altuve (2020) encontró que a mayor presencia de distrés psicológico mayor es el miedo a la recurrencia y a mayor presencia de estas dos variables, menor es la

calidad de vida en sobrevivientes de cáncer. De igual forma, el distrés ha funcionado como mediador del miedo a la recurrencia y el bajo nivel de calidad de vida en pacientes tratados por cáncer de tiroides y cáncer de mama (Dumalaon-Canaria et al., 2018; Rogers et al., 2017).

Custers et al. (2016) reportan un 38% de la muestra con altos niveles de miedo a la recurrencia, con rasgos de angustia, síntomas de estrés post traumático y menor calidad de vida, además, se relacionaron variables como impotencia, preocupación y limitación del funcionamiento diario con el miedo a la recurrencia al cáncer. No obstante, la muestra en este estudio fue demasiado pequeña y se recomienda para futuras investigaciones trabajar sobre diversos componentes de validez en la evaluación del miedo a la recurrencia.

Hanprasertpong et al. (2017) exponen un estudio donde encuentran que la preocupación por la familia, el miedo al dolor y el miedo a la progresión de la enfermedad fueron los factores de mayor presencia en su muestra, además, refieren que los niveles altos de miedo a la recurrencia aumentan la probabilidad de tener comorbilidades médicas, finalmente identifican el trastorno de ansiedad como predictor del miedo a la recurrencia.

Otto et al. (2018) realizan un estudio para determinar si el miedo a la recurrencia se asocia con una mejor utilización de los servicios de salud en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Los resultados indicaron que el miedo a la recurrencia está asociado al aumento de uso de los servicios de salud, lo que refleja una búsqueda excesiva de atención médica y esto genera costos médicos innecesarios.

Por otra parte, Shay et al. (2016) evaluaron la prevalencia del miedo a la recurrencia en sobrevivientes de cáncer de 15 a 39 años y sobrevivientes de 40 y más años, concluyendo que ambos grupos presentan factores diferentes asociados con el miedo a la recurrencia por lo que la edad puede ser un determinante para el tipo de intervención, además destacan la necesidad de identificar y comprender los aspectos de comunicación que pueden ser abordados en futuras intervenciones con sobrevivientes de cáncer y proveedores de servicios de salud para garantizar que el miedo a la recurrencia se gestione de forma adecuada.

Yang et al. (2017) refieren un metaanálisis para develar la evidencia que existe del vínculo entre la quimioterapia y el miedo a la recurrencia. No obstante, concluye que la relación entre las variables es débil pero significativa. Posteriormente, presentan un artículo de revisión de más de 70 estudios relacionados con miedo a la recurrencia en adolescentes y adultos donde concluyen que el miedo a la recurrencia es una preocupación predominante en poblaciones de adolescentes y adultos con cáncer, además, enfatizan en la importancia de una adecuada evaluación de esta variable para determinar las necesidades de apoyo e intervención en los pacientes (Yang et al., 2019).

Por otra parte, Lee-Jones et al. (1997) proponen un modelo para explicar el miedo a la recurrencia, donde refieren que esta variable está compuesta principalmente de cogniciones, creencias y emociones que surgen a partir de la experiencia previa, como puede ser la ansiedad sobre el cáncer, la creencia de que se es vulnerable a que el cáncer regrese o incluso un remordimiento por no tomar más acciones para

evitar la recurrencia, este proceso lleva a las personas a cogniciones que determinan cuál es su percepción del riesgo sobre la recurrencia del cáncer.

En este sentido, es prudente analizar variables de carácter cognitivo para indagar acerca del fenómeno del miedo a la recurrencia al cáncer. Es el caso del fatalismo que al ser una variable de orden cognitivo y basada en las creencias de los individuos podría estar relacionada con el miedo a la recurrencia al cáncer. El fatalismo se puede definir de forma general como la propensión de individuos o grupos a creer que sus destinos están determinados por un poder invisible y está fuera de su propia voluntad (Solomon, 2003).

El fatalismo, se ha propuesto teóricamente como un sistema de creencias global (Leung et al., 2002). Esta caracterización indica entonces que tal creencia se desarrolla a partir de la transacción entre una persona cognitiva y emocionalmente activa con su estructura física o social limitada (Hui y Hui, 2009). Del mismo modo, el constructo fatalismo, se ha considerado como un rasgo cultural principalmente en Latinoamérica (Blanco & Díaz, 2007; Pérez & Livacic, 2002).

El constructo fatalismo ha sido estudiado desde diferentes líneas de investigación, como el campo de las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Aunque la evidencia es limitada, se tienen estudios relevantes de fatalismo en el campo de la oncología como es el caso de Castillo et al. (2019) quienes presentaron la validación de una escala de fatalismo en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en México. Los resultados indicaron la existencia de los factores predestinación, pensamientos de muerte e inutilidad del tratamiento, en este sentido, mencionan que identificar el fatalismo en pacientes con cáncer permite establecer mejores

estrategias de atención enfocadas en el paciente, así como la adaptación adecuada a los efectos colaterales y otras consecuencias adversas psicosociales del cáncer. No obstante, también recomiendan estudiar el fatalismo en aras de prevención del cáncer y etapas post tratamiento.

Bakan et al. (2020) presentan un estudio donde encuentran relaciones significativas entre fatalismo y la percepción de importancia de los beneficios y las barreras de realizar prácticas preventivas de cáncer, además, identifican el fatalismo y las creencias religiosas como factores que influyen las percepciones hacia la prevención del cáncer.

Por su parte, Altintas et al. (2016) mencionan que las creencias fatalistas afectan la conciencia de las personas sobre el cáncer. En este estudio evaluaron el impacto del fatalismo en la concientización sobre el cáncer de mama y factores de creencias en salud, afirman que la susceptibilidad percibida es baja, mientras que los beneficios percibidos, la motivación y la severidad se encuentran en índices moderados por lo que sugiere que un alto nivel de creencias fatalistas tiene un impacto significativo en la prevención de la enfermedad.

Marvan et al. (2014) presentaron un estudio en mujeres mexicanas donde estudian la relación del fatalismo sobre la percepción del cáncer de cuello uterino y como esta variable se relaciona con el chequeo preventivo. Los resultados obtenidos indican que 27% de su muestra afirman que el cáncer cervicouterino se da por mala suerte, mientras que el 35% atribuirían esta enfermedad al destino, 20% indico que dios da esta enfermedad a mujeres por vivir una mala vida y finalmente el 31% estuvo de acuerdo en que el cáncer cervicouterino no se puede prevenir.

Los resultados de este estudio revelan la presencia significativa de fatalismo en la muestra y los análisis de regresión indicaron que las mujeres de zonas rurales con pensamientos fatalistas presentan 4 veces menos probabilidad de haber tenido una prueba de Papanicolau, mientras que en zonas urbanas las mujeres con pensamientos fatalistas tienen seis veces menos probabilidades de haber tenido una prueba de Papanicolau. En una segunda regresión, la variable dependiente fue si se realizaron una prueba de Papanicolau o no se la realizaron en los últimos tres años y el fatalismo no funcionó como predictor.

Otro estudio similar en Estados Unidos examina la asociación entre fatalismo, la búsqueda de información y los factores sociodemográficos en torno a la percepción del cáncer. Los resultados revelan que la muestra tenía conocimientos de salud limitados, además de la presencia de pensamientos fatalistas como causal directo del cáncer. Los análisis ajustados por las características sociodemográficas y los antecedentes familiares de cáncer indicaron que las personas con menos conocimientos sobre salud es menos probable que busquen información sobre el cáncer y al mismo tiempo presentan mayor nivel de creencias fatalistas (Kobayashi & Smith, 2015).

Hong y You (2016) presentan un estudio sobre los efectos de las experiencias de incertidumbre de los pacientes sobre el cáncer de próstata durante la comunicación médico-paciente, así como las evaluaciones de los pacientes en la búsqueda de información sobre el cáncer, fatalismo y la confianza en los médicos.

Los resultados del estudio indican diferencias significativas en la confianza en médicos entre pacientes que experimentan y no experimentan incertidumbre en la

experiencia del cáncer. Las personas con experiencias de incertidumbre son más propensas a confiar en los médicos. En cuanto al fatalismo se encontró que, a mayores experiencias de búsqueda de información, menor eran los niveles de fatalismo sobre el cáncer. Finalmente, los niveles de educación moderan la asociación entre experiencias de incertidumbre sobre el cáncer, así como las creencias fatalistas y la confianza al médico.

El fatalismo también se ha estudiado en pacientes diagnosticados con cáncer y que se encuentran en tratamiento activo, desde la idea de que las personas que presentan fatalismo perciben el cáncer como algo contra lo que no se puede hacer nada para superarlo ya que lo relacionan con la muerte (Castillo-López, 2019). Los pacientes ya diagnosticados tienden a presentar fatalismo asociado con aspectos desadaptativos como baja autoeficacia y como predictor de la no adherencia al tratamiento (González et al., 2016).

Siguiendo la línea del miedo a la recurrencia como un fenómeno compuesto por cogniciones, creencias y emociones (Lee-Jones et al., 1997) se plantea una tercera variable que podría estar involucrada en el miedo a la recurrencia, se trata de la satisfacción con la vida, esta variable se propone como el componente cognitivo del bienestar subjetivo.

En palabras de Diener et al. (1989) se trata de una valoración subjetiva del individuo basada en cogniciones y creencias individuales, las cuales son elementos que componen el miedo a la recurrencia (Lee-Jones et al., 1997) por lo que, al ser una cognición, esta variable podría estar relacionada al miedo a la recurrencia. En este sentido, la satisfacción con la vida ha sido reportada en diversos estudios como un

importante indicador de la calidad de vida (Martínez et al.,2004). Así pues, es importante definir la relevancia que cobra la variable satisfacción con la vida en el fenómeno del miedo a la recurrencia al cáncer.

Diener et al. (1989) plantea que el bienestar subjetivo es la postura evaluativa que las personas tienen con relación a su bienestar tal y como lo perciben. El bienestar subjetivo posee dos componentes: el emocional, relacionado con el nivel de felicidad y las cargas afectivas y el componente cognitivo que refiere a las evaluaciones sobre la satisfacción con la vida.

Así pues, el bienestar subjetivo consiste en un constructo compuesto por factores que interactúan entre sí y que construyen el bienestar subjetivo, los factores son el afecto positivo y el afecto negativo como componentes emocionales y la satisfacción con la vida y los dominios de satisfacción es decir las áreas de satisfacción como componentes cognitivos. Bajo esta línea, Vázquez et al. (2013) mencionan que la parte emocional del bienestar subjetivo está más enfocado en la experiencia a corto plazo y en este sentido, la satisfacción con la vida representa una perspectiva más amplia en el tiempo y de mayor estabilidad para el individuo.

La variable satisfacción con la vida se ha estudiado en su mayoría en grupos de población general, no obstante, también existen, aunque en menor cantidad, evidencia de la variable en estudios en ciencias de la salud, donde según Martínez et al. (2004) la satisfacción con la vida se ha utilizado como un indicador global de calidad de vida relacionada con la salud. Para términos prácticos del presente trabajo de investigación, los antecedentes que se presentan a continuación se enfocan en el estudio de la variable en ciencias de la salud y psico-oncología.

Zadworna-Cieslak (2020) presenta un estudio donde evalúa la espiritualidad y la satisfacción con la vida como factores estrechamente relacionados con las conductas de salud en adultos de la tercera edad residentes de una institución de atención a la salud. El estudio develo correlaciones estadísticamente significativas, propone un modelo donde la satisfacción con la vida cumple una función mediadora entre la espiritualidad y los comportamientos de salud.

En paralelo, Boonstra et al. (2013) presentaron un estudio de comparación donde se evalúa la satisfacción con la vida en pacientes con dolor musculoesquelético crónico y población general, además, de estudiar una asociación entre el dolor y la satisfacción con el autocuidado, la situación financiera y la vida familiar. Por otra parte, concluyen que los mejores predictores de puntuaciones altas de satisfacción con la vida en ambos grupos fueron el estado civil, la edad y la percepción de la salud mental. Otro estudio similar, evalúa la satisfacción con la vida con otras variables psicológicas en pacientes con enfermedades pulmonares obstructivas donde se encontraron correlaciones inversas entre la ansiedad y la satisfacción con la vida (Drop et al., 2018).

Continuando con la investigación en torno a la satisfacción con la vida en ciencias de la salud, se presenta evidencia de la variable relacionada con el cáncer. Polanski et al. (2020) presentan un estudio donde evalúan la asociación entre la satisfacción con la vida y la calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. El estudio demuestra que los pacientes con altos niveles de satisfacción con la vida presentan una mejor percepción de calidad de vida en general. Finalmente, los pacientes con

mayor nivel de satisfacción con la vida presentan una mejor adaptación a la enfermedad.

Otro estudio muy reciente en sobrevivientes de cáncer de vela asociaciones positivas entre el crecimiento post traumático, significado de vida y satisfacción con la vida, adicionalmente se propone un modelo de mediación donde se estima que la relación entre el crecimiento post traumático y la satisfacción con la vida esta mediada por el efecto de la presencia del significado de vida (Mostrac & Brajkovic, 2022).

Bajo la misma perspectiva, Meadows et al. (2020) presentaron un estudio similar en sobrevivientes de cáncer donde se examina la relación entre el locus de control de la salud espiritual y la satisfacción con la vida. Los resultados develaron asociaciones significativas entre ambas variables, mientras que en los análisis no ajustados el nivel alto de locus de control de la salud espiritual aumento las probabilidades (odds ratio {OR}= 2.8) de estar satisfecho con la vida. En el análisis ajustado los niveles difieren según el nivel de ingresos. Adicionalmente se menciona que entre los sobrevivientes con ingresos bajos las dimensiones de vida espiritual/fe, y gracia de Dios aumentaron las probabilidades de satisfacción con la vida en comparación con aquellos de ingresos más altos.

Zayas et al. (2018) presentaron una investigación donde estudian la relación entre la satisfacción con la vida y la resiliencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Develan altos niveles de resiliencia y de satisfacción con la vida de acuerdo con la revisión de los instrumentos utilizados.

Por su parte, la relación entre las variables indica que las dimensiones de resiliencia, ecuanimidad, confianza en sí mismo y perseverancia tiene una relación positiva estadísticamente significativa con la satisfacción con la vida. Adicionalmente, plantean un modelo de regresión lineal donde encuentran que la satisfacción con la vida es explicada en un 56% por la variable resiliencia a su vez compuesta por las dimensiones ecuanimidad, confianza en sí mismo y perseverancia.

Kroker et al. (2019) presentan un estudio donde evalúan el impacto de los efectos de los tratamientos contra el cáncer en la percepción de la satisfacción con la vida. Los resultados indican que los efectos secundarios de los tratamientos como fiebre, dolor de cabeza, dolor de extremidades y trastornos del sueño tuvieron una influencia significativa en la satisfacción con la vida de los pacientes.

Así mismo, Cipora et al. (2018) realiza un estudio donde evalúa la satisfacción con la vida en mujeres con cáncer de mama en consideración de factores sociales y demográficos. Los resultados indican que las mujeres que recibieron una cirugía como tratamiento contra el cáncer catalogaron su satisfacción con la vida como mediocre, mientras que las pacientes más jóvenes tuvieron un bajo nivel de satisfacción con la vida en comparación de las de mayor edad, por otra parte, las mujeres que vivían en áreas urbanas evaluaron su satisfacción con la vida en un mayor que nivel que aquellas de zonas rurales, en cuanto al nivel educativo estado civil no hubo efectos significativos de satisfacción con la vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con lo expresado anteriormente, el avance de la ciencia y la tecnología ha incrementado la esperanza de vida en pacientes oncológicos. En este sentido, las personas que sobreviven a la experiencia del cáncer y su tratamiento tienden a presentar distintas características de índole psicológico que impactan directamente en su bienestar y su calidad de vida.

De acuerdo con diversos autores (Cohee, et al.,2015; Custers, et al., 2015; Ellegard et al.,2017; Hall et al., 2016) la investigación en torno al miedo a la recurrencia de cáncer debe ir orientada a una mayor capacidad explicativa del fenómeno, es decir estudiar distintas variables involucradas en el miedo a la recurrencia, así como nuevos métodos de identificación e intervención en pacientes oncológicos durante etapas de tratamiento y sobrevivencia temprana.

Hanprasertpong et al. (2017) realizan la recomendación de estudiar nuevas variables que pudieran tener efecto en el miedo a la recurrencia. Por otra parte, Cesna et al. (2020) mencionan que es necesario identificar las características del miedo a la recurrencia en función de los antecedentes de particularidades de la población, por lo que se debe estudiar la asociación con distintas variables en búsqueda de nuevos componentes del fenómeno.

En cuanto al fatalismo, González et al. (2015) mencionan que para el estudio de esta variable es necesario estudiar el fenómeno cultural como factor moderador del fatalismo. Una limitante común en algunos estudios sobre fatalismo en el área de la oncología (Kobayashi et al., 2015; Marvan et al., 2014) es que la variable es

medidas con un solo ítem por lo que excluye de un análisis más exhaustivo de la variable. Por otra parte, el fatalismo entorno al cáncer ha sido estudiado en su mayoría, en aras de prevención y durante etapas de tratamiento, existe poca investigación acerca de esta variable en la etapa de sobrevivencia al cáncer (Cheng et al., 2013).

El fatalismo no ha sido relacionado con el miedo a la recurrencia. Sin embargo, se ha relacionado con estilos de afrontamiento durante la enfermedad, principalmente con aquellas estrategias de afrontamiento que limitan la adaptación al diagnóstico o tratamiento del cáncer (Wang et al., 2013). En este sentido, el fatalismo podría desencadenar sensaciones de distrés y ansiedad con respecto al diagnóstico de cáncer esto en función de que una persona con fatalismo tiende a dar por hecho que el resultado de este padecimiento será negativo y en la mayoría de las veces es asociado con la muerte (Bettencourt et al., 2008).

Por su parte, Castillo-López et al. (2019) mencionan que estudiar el fatalismo en pacientes oncológicos, ayuda a comprender de mejor manera los procesos psicológicos que dificultan la adecuada adaptación al cáncer, desde el diagnóstico hasta la supervivencia. Estudios como el de Hong y You (2016) expresan un análisis sobre la experiencia del cáncer y el fatalismo, sin embargo, no enfatizan y no conceptualizan el miedo a la recurrencia.

Finalmente, la variable de satisfacción con la vida cobra relevancia en el estudio, diversos autores (Meadows et al., 2019; Mostarac & Brajkovic, 2002) coinciden en la importancia de indagar sobre el comportamiento de la variable en sobrevivientes de cáncer ya que se ha encontrado evidencia de que la variable puede funcionar

como mediadora o predictora de otros fenómenos psicológicos en pacientes oncológicos y/o sobrevivientes de cáncer y que adicionalmente es un componente importante que coadyuva a elevar el nivel de calidad de vida de los mismos (Cipora et al., 2018; Kroker et al., 2019; Polanski et al., 2019).

Por lo anterior expuesto, se propone el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el nivel de miedo a la recurrencia y qué relación tiene con los niveles de fatalismo y satisfacción con la vida en adultos sobrevivientes de cáncer?

JUSTIFICACIÓN

El miedo a la recurrencia en niveles elevados afecta directamente la calidad de vida de las personas, deteriorando la salud física y mental de los pacientes oncológicos y esto a su vez conlleva a limitaciones en el desarrollo de la vida diaria (Hall et al., 2019; Herschbach & Dinkel, 2018) por lo que es imperante reconocer la necesidad de estudios que permitan aumentar la comprensión del miedo a la recurrencia en aras de que nuevas variables asociadas aumenten la capacidad explicativa del fenómeno. En paralelo, Smith et al. (2020) destacan la importancia de estudiar el miedo a la recurrencia y la necesidad de nuevos estudios bajo esta línea de investigación que develen nuevas variables asociadas al miedo a la recurrencia.

Por otra parte, diversos estudios (Altintas et al., 2016; Kobayashi & Smith, 2015; Marvan et al., 2014) develan la asociación que tiene el fatalismo en la enfermedad del cáncer, a mayor presencia de fatalismo menor es el cuidado y la búsqueda de información en torno a la enfermedad. En este sentido, estudios como el de Hong y You (2016) analizaron la presencia de fatalismo y otras variables en la experiencia

del cáncer, sin embargo, no conceptualizan el miedo a la recurrencia como variable de estudio. En este sentido, no se encontraron estudios donde se relacione el miedo a la recurrencia al cáncer con fatalismo por lo que la investigación aspira a ser una asociación novedosa de las variables.

Estudiar el fatalismo como una variable cognitiva, podría dar acceso a una vertiente más de estudio sobre las variables que influyen en el miedo a la recurrencia. Adicionalmente, el presente estudio ofrece una medición válida y confiable del constructo de fatalismo lo cual también es novedoso en la línea de investigación, ya que el fatalismo ha sido estudiado con mediciones limitadas en cuanto a propiedades psicométricas (Kobayashi et al., 2015; Marvan et al., 2014).

Por otra parte, la satisfacción con la vida es una variable que se ha estudiado en las ciencias de la salud como un componente del bienestar subjetivo (Diener et al., 2009) y además como un indicador importante de la calidad de vida (Martínez et al., 2004) estudios como el de Zadworna-Cieslak (2019) relacionan la satisfacción con la vida con la espiritualidad y el locus de control que a su vez son conceptos considerados parte del constructo de fatalismo (Esparza et al., 2015).

Estudios como el de Mostarac y Brajkovic (2022) y Meadows et al. (2019) encuentran la satisfacción con la vida como una variable con capacidades de mediación y predicción de distintos fenómenos psicológicos como la adaptación o la adherencia en pacientes oncológicos por lo que la satisfacción con la vida podría ser un aporte a la explicación del miedo a la recurrencia.

La información que este estudio puede proporcionar como producto de investigación, un acercamiento a la situación actual de los sobrevivientes de cáncer, además, el estudio del fatalismo y la satisfacción con la vida, coadyuva a entender y expandir el panorama del fenómeno del miedo a la recurrencia, atendiendo la capacidad explicativa de las variables cognitivas en el fenómeno, por lo que la aportación teórica del presente estudio podría desencadenar un mejor entendimiento del miedo a la recurrencia y a su vez un punto de inicio para atender estas variables desde la perspectiva de la intervención.

Además, los datos recabados servirán como herramienta que coadyuven futuras investigaciones y programas de intervención debido a la poca evidencia científica entorno al miedo a la recurrencia el fatalismo y la satisfacción con la vida en sobrevivientes de cáncer. Finalmente, el presente estudio se suma a beneficio de futuras investigaciones de carácter psicológico en sobrevivientes de cáncer.

OBJETIVO GENERAL

La presente investigación busca evaluar la relación del miedo a la recurrencia al cáncer, fatalismo y satisfacción con la vida en adultos sobrevivientes de cáncer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar los niveles de miedo a la recurrencia al cáncer, fatalismo y satisfacción con la vida en adultos sobrevivientes de cáncer.

Evaluar la relación entre miedo a la recurrencia al cáncer, fatalismo y satisfacción con la vida en adultos sobrevivientes de cáncer.

Evaluar si existen diferencias entre los niveles de miedo a la recurrencia al cáncer, fatalismo y satisfacción con la vida en adultos sobrevivientes de cáncer según características clínicas y sociodemográficas.

Evaluar el efecto del fatalismo y la satisfacción con la vida como predictores de miedo a la recurrencia al cáncer en adultos sobrevivientes de cáncer.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre el miedo a la recurrencia al cáncer, fatalismo y satisfacción con la vida en adultos sobrevivientes de cáncer?

¿Tiene el fatalismo y la satisfacción con la vida capacidad predictora del miedo a la recurrencia en adultos sobrevivientes de cáncer?

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL CÁNCER

El concepto cáncer refiere en lo general, a una serie de enfermedades que se originan en la gran mayoría de los órganos o tejidos del cuerpo, esto sucede cuando las células anormales crecen de forma descontrolada, rompen el límite habitual de crecimiento y comienzan a ocupar partes adyacentes del cuerpo y/o se propagan a otros órganos. Este proceso de invasión de las células a otras partes y/u órganos se conoce como metástasis y es considerada una importante causa de defunción por cáncer (OMS, 2021). Por su parte, la asociación americana de cáncer (2020) mencionan que el cáncer puede desarrollarse en cualquier parte del cuerpo en función del crecimiento descontrolado de las células que llegan a sobrepasar los niveles normales y esto a su vez hace que el cuerpo le resulte difícil funcionar de la manera que debería hacerlo.

El cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, no obstante, los cuadros clínicos de cáncer más frecuentes son el cáncer de pulmón, cáncer de hígado, cáncer de estómago, cáncer de colon y cáncer de mama. En este sentido, las causas pueden llegar a ser diversas y se clasifican por causas físicas, causas químicas y causas biológicas, del mismo modo existen otros factores que pueden contribuir a la aparición de algún tipo de cáncer como son el consumo de tabaco, alcohol, dieta insuficiente de frutas y verduras e inactividad física. En cuanto a los síntomas y el tratamiento depende de cada tipo de cáncer, pues algunos casos

pueden llegar a ser incluso asintomáticos por lo que es importante realizar chequeos médicos regulares (Secretaría de Salud de México, 2015). Bajo este contexto, resulta prudente hacer una breve descripción de los tipos de cáncer más comunes en la población adulta.

CÁNCER DE PULMÓN

El cáncer de pulmón es una de las enfermedades más comunes en adultos, se trata de un padecimiento de etiología diversa y es el producto del crecimiento sin control de células del tracto respiratorio, en particular del tejido pulmonar. En su forma más común, comienza su génesis en células epiteliales y puede derivar en metástasis en infiltración en otros tejidos del cuerpo, este cáncer ha perdurado como una de las enfermedades de origen respiratorio de mayor mortalidad (García et al., 2018).

Por otra parte, el cáncer de pulmón también es uno de los tipos de cáncer más frecuente en el mundo, en cuanto a su prevalencia se estima que existen 1 040 000 nuevos casos diagnosticados cada año; además, este padecimiento conlleva elevados costos que una vez presentado el diagnóstico suele ser de muy mal pronóstico pues se estima que solo el 15% de los casos llegan a curarse (Varona et al., 2009).

Bajo este contexto, el cáncer de pulmón representa un amplio reto de salud pública global en función de ser reconocido como la primera causa de muerte por cáncer en México y en el mundo. Cabe destacar que la mayoría de los casos son considerados muertes prevenibles porque existe evidencia de que la mayor fricción atribuible es la exposición al humo de tabaco, por lo que, en este sentido, se debe

enfaticar en la necesidad de abordar esta problemática desde una visión integral que incluya niveles de prevención, así como el abordaje de pacientes que ya presentan la enfermedad (Arrieta & Lazcano, 2020).

CÁNCER DE COLORRECTAL

Por su parte, el cáncer colorrectal es el tercer tipo de cáncer más común, así como la tercera causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres y además representa el 2.68% de todos los tumores malignos en México (Burbano Luna et al., 2016). Así pues, el cáncer colorrectal es provocado por factores externos como el tabaco, los organismos infecciosos, una dieta poco saludable entre otros mientras que los factores internos se encuentran las mutaciones genéticas, hormonales y condiciones inmunológicas (El-shami et al., 2015).

Wiegering et al. (2016) mencionan que, de manera general, el objetivo de la detección del cáncer colorrectal es reducir la mortalidad en 2 formas. La primera refiere a la detección y eliminación de los pólipos adenomatosos que eventualmente pudieran progresar a cáncer invasivo en el tiempo, y en segunda a través de la detección precoz del cáncer que, por lo general resulta en tratamiento efectivos que otorgan mejores resultados.

CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama no refiere a una sola enfermedad, es un conjunto de enfermedades con al menos 4 variantes moleculares bien definidos (Perou et al., 2000) los tumores hormono dependientes que a su vez se clasifican en A Y B, los tumores con amplificación del oncogén HER2 y los tumores triple negativos.

Se trata del tumor maligno más frecuente en las mujeres, con más de 1.2 millones de casos diagnosticados en el mundo cada año, se estima que la enfermedad produce unas 500.000 muertes por año en todo el mundo, lo cual convierte al padecimiento en una de las primeras causas de muerte por cáncer en mujeres que, si bien la estadística puede variar según el país, no pone en duda la alta frecuencia del padecimiento (Ferlay et al., 2007).

Comúnmente, el cáncer se inicia en los conductos mamarios y no presenta síntoma alguno o signos hasta que la enfermedad se ha desarrollado de forma notoria y comienza la aparición de tumoración en la mama, cambios persistentes en la piel de la mama, eccema del pezón, bultos en la axila, hinchazón del brazo y retracción del pezón, así como secreciones anormales en el pezón (Siegel et al., 2018).

Por su elevada incidencia, el cáncer de mama se ha transformado en un conflicto de corte social-sanitario, que en palabras de Martínez et al. (2015) las campañas de prevención cumplen con un papel importante y crucial para detener el desarrollo de la enfermedad a nivel masivo.

SOBREVIVIR AL CÁNCER

Los avances de la ciencia y la tecnología han propiciado una mayor tasa de sobrevivencia para las personas con un diagnóstico de cáncer, es decir que cada día son más las posibilidades de sobrevivir a un diagnóstico. En este sentido, la etapa de sobrevivencia ha adquirido un importante interés para la investigación y se ha considerado como un proceso donde se experimentan variables de estrés como resultado del impacto físico, psicológico y social de una enfermedad que afecta el organismo, adicionalmente, se deben considerar las secuelas de los tratamientos altamente agresivos que ocasionan múltiples alteraciones psicológicas (Mitchell et al., 2013).

En función del aumento en la tasa de sobrevivencia, la enfermedad del cáncer debe ser considerada como un problema de salud pública que no solo incluya la etapa de prevención y diagnóstico si no también la etapa de sobrevivencia pues este proceso requiere de mayores acciones para la atención a la cronicidad y las necesidades de los pacientes, de ahí la importancia de atender la sobrevivencia como una etapa prioritaria para el control de la enfermedad desde un enfoque biopsicosocial (Pabbathi et al., 2017).

En esta misma línea, se ha encontrado evidencia que devela la necesidad de cuidados a los efectos a largo plazo de la enfermedad y tratamientos, así como la comprensión de variables psicológicas como estrés y la calidad de vida (Maly et al., 2015). En este sentido, se propone que, si bien la enfermedad en teoría ha desaparecido y el tratamiento ha terminado en su etapa primaria, los niveles de salud y bienestar que experimentan estas personas son similares a aquellas con

otras enfermedades crónicas, debido a las repercusiones a largo plazo de la enfermedad y los tratamientos (Thompson et al., 2013).

Dada la importancia que tiene la etapa de supervivencia del cáncer, es prudente realizar una definición conceptual de lo que implica sobrevivir al cáncer. De acuerdo con la sociedad americana de cáncer (2021) el hecho de que el cáncer pueda ser curable o no, depende directamente del tipo y etapa del cáncer, así como el tipo de tratamiento que corresponda aplicarse y diversos factores implicados en el proceso, algunos casos de cáncer son más propensos a ser curados que otros, no obstante, cada caso requiere ser abordado y sometido a tratamiento de forma particular. No existe una cura que pueda considerarse única y aplicable a todo tipo de cáncer.

Ahora, es importante aclarar la diferencia entre la cura de un caso de cáncer y un caso de cáncer en remisión. En este sentido, la sociedad americana de cáncer (2019) menciona que una cura de cáncer significa que la enfermedad ha desaparecido con el tratamiento y que no se requiere de tratamiento adicional aunado a que no se tiene la expectativa de que el cáncer pueda regresar, no obstante, es importante mencionar que es muy poco común que un médico pueda asegurar que el cáncer nunca regresara.

Así pues, cuanto más tiempo pase desde el final del tratamiento y se mantenga libre de un cáncer, mayor es la probabilidad de que el cáncer no regrese, en este sentido, lo más común y pertinente es que cuando el tratamiento ha sido exitoso, los médicos declaran que el paciente está en remisión más que decir que el paciente se ha curado. La remisión entonces es un periodo de tiempo en el que el cáncer está respondiendo al tratamiento o está controlado, algunas personas consideran que la

remisión es sinónimo de un cáncer curado y no necesariamente tiene que ser el caso.

Por otra parte, es importante mencionar que son diversas las conceptualizaciones que se le dan al término sobreviviente de cáncer, en este sentido, algunas personas utilizan el concepto para referir a toda persona viva que haya sido diagnosticada con cáncer, en otras ocasiones se utiliza para referir a alguien que ha completado su tratamiento contra el cáncer, mientras que algunos otros lo utilizan para referirse a una persona que ha vivido varios años tras haber diagnosticado su cáncer (Sociedad Americana de Cáncer, 2019).

La Asociación Americana de cáncer (2020) menciona que ser un sobreviviente de cáncer puede tener un significado distinto para diversas personas y en este sentido, cualquiera persona que se describa como sobreviviente de cáncer tiene el derecho de ser considerada como tal. En este sentido, es importante mencionar, que para los fines prácticos y metodológicos del presente trabajo de investigación se entiende se entiende el concepto de sobreviviente de cáncer a toda aquella persona que haya sido diagnosticada con cáncer de algún tipo y que haya concluido su tratamiento.

SECUELAS EN SOBREVIVIENTES DE CÁNCER

Como se ha expresado en líneas anteriores, el avance de la ciencia y la tecnología ha llevado al incrementar la esperanza de vida en personas con diagnóstico de cáncer y por consiguiente la tasa de sobrevivencia. No obstante, terminación de tratamiento contra el cáncer no es sinónimo de terminación de los efectos que la

enfermedad puede dejar en las personas y por otro lado implica un cambio en los estilos de vida que ayude a evitar la recurrencia al cáncer.

En este sentido, Monleón (2000) menciona que la supervivencia prolongada de los pacientes oncológicos ha develado las secuelas que estas directamente asociadas con la agresividad del tratamiento aplicado y el tipo de neoplasia, donde estos aspectos son estudiados en diferentes líneas de investigación tanto en las secuelas físicas como aquellas sociales y psicológicas.

No obstante, menciona Feuerstein (2007) que los sobrevivientes de cáncer han sido conceptualizados de formas diversas, inclusive existiendo contextos en los que el término sobreviviente no se utiliza. Para atender esta disyuntiva, hay que referir a Mullan (1985) quien establece 3 fases de supervivencia de cáncer por las cuales el paciente oncológico lleva a cabo su proceso: supervivencia aguda la cual abarca desde el diagnóstico hasta el final del tratamiento primario, luego está la supervivencia extendida que inicia cuando el tratamiento inicial contra el cáncer termina y continúa los meses siguientes y por último la supervivencia permanente que se caracteriza por ser la etapa donde han pasado años desde el final de tratamiento inicial y las probabilidades de una recurrencia han disminuido.

Así pues, partiendo del concepto de sobreviviente como aquella persona que terminó su tratamiento primario contra algún tipo de cáncer, Ferro y Borrás (2011) hacen referencia a la importancia de considerar las secuelas físicas que deja el cáncer en los sobrevivientes, estas secuelas pueden aparecer incluso luego de un

largo tiempo de haber terminado el tratamiento por lo que es de importancia considerar las secuelas y atender el tiempo de vigilancia post tratamiento.

Por otra parte, los tratamientos oncológicos tienen la capacidad de aumentar la respuesta al estrés, la aparición de síntomas y la disminución del cuidado de la salud pueden producir malestar psicológico, incertidumbre y miedo ante un posible nuevo suceso de cáncer (Martínez & Andreu, 2009).

En este sentido, Monleón (2000) menciona que en cuanto a las repercusiones psicológicas del proceso del cáncer cobran una enorme relevancia en los momentos críticos de la enfermedad, hace énfasis en que las alteraciones psicológicas se encuentran con mayor frecuencia en etapas de diagnóstico o tratamiento, no obstante el periodo de sobrevivencia y curación también cubre una gran responsabilidad pues a pesar de que suele ir acompañado de un optimismo generalizado aun con la presencia de incertidumbre y vulnerabilidad estos procesos psicológicos podrían afectar la calidad de vida del sobreviviente si se desarrollan en una magnitud mayor.

MIEDO A LA RECURRENCIA AL CÁNCER

El concepto de miedo dirige a una emoción básica en el ser humano, que, en su forma general, se conforma de una respuesta que involucra lo psíquico y lo físico, ante estímulos provenientes del ambiente (Vargas, 2019). Hamm y Weike (2005) refieren al miedo como un estado emocional de carácter aversivo que es producto de estímulos considerados amenazantes provenientes del exterior y que a su vez

activan el sistema defensivo de una persona o un organismo. Bajo el mismo proceso, el miedo conduce a una adaptación ante la amenaza.

Robles (2014) menciona que el miedo es una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño, sea real o sea imaginario, en otras palabras, el miedo como una respuesta emocional de nerviosismo o ansiedad ante estímulos externos que la persona asocia con experiencias aversivas para sí mismo. Bajo las definiciones expuestas en líneas anteriores se puede concretar que el concepto de miedo refiere a una respuesta de una persona o un organismo ante estímulos amenazantes y que a su vez permite activar un sistema de respuesta y la misma adaptación al estímulo.

Ahora bien, para transpolar el concepto al caso específico de la presente investigación, se identifica que la enfermedad del cáncer funge como el estímulo detonante del miedo. Una vez que los pacientes oncológicos logran sobrellevar las etapas de diagnóstico y tratamiento del cáncer, llegan a la etapa de sobrevivencia en donde una de las preocupaciones más frecuentes en los sobrevivientes de cáncer es sobre la posibilidad de que su enfermedad se vuelva a desarrollar a futuro.

Así pues, el miedo a la recurrencia al cáncer se ha definido como como el miedo a que el cáncer pueda volver o progresar en el mismo lugar o en otra parte del cuerpo, así mismo, el grado de angustia sobre los cambios físicos que puedan experimentar como indicadores de que el cáncer va a progresar a futuro (Herschbach et al., 2018; Thewes et al., 2012).

El miedo a la recurrencia al cáncer según diversos autores (Ozakinci et al., 2014; Simard et al., 2013) es una respuesta reactiva que es adecuada y además

esperada, donde los pacientes se encuentran de forma consciente al miedo y que puede convertirse en un proceso adaptativo y funcional en un primer momento, no obstante, los niveles disfuncionales podrían afectar de forma significativa el bienestar y la calidad de vida.

El miedo a la recurrencia al cáncer engloba una conceptualización multidimensional ya que esta característica no representa únicamente el miedo a que el cáncer regrese, sino que además incluye un miedo a la muerte, miedo a dificultades del tratamiento, implicaciones emocionales y miedo a pérdidas físicas como el caso de la mama en el caso del cáncer de mama (Vickberg, 2003).

De acuerdo con Lee-Jones et al. (1997) se conceptualiza de forma externa y de forma interna, siendo las interacciones con el personal de salud la forma externa y los síntomas somáticos la forma interna que en su conjunto generan cogniciones, creencias y emociones que comprenden el miedo a la recurrencia. Al igual que otras variables relacionadas con la salud, el miedo a la recurrencia al cáncer se puede explicar desde distintos modelos teóricos, principalmente aquellos enfocados en creencias y actitudes. En este sentido, vale la pena presentar algunos modelos desde los cuales es posible aterrizar la variable en una perspectiva tanto teórica como práctica.

MODELOS TEÓRICOS DE MIEDO A LA RECURRENCIA

MODELO DE SENTIDO COMÚN

En primer momento, el modelo se desarrolló a partir de un marco teórico basado en la conducta de enfermedad, donde se estudian y explican las teorías y supuestos implícitos que los pacientes manejan para entender sus respuestas corporales (González, 2017). Bajo este supuesto, nace en Norteamérica en la década de los ochenta el modelo de sentido común o modelo de autorregulación propuesto por Leventhal y sus colaboradores (1992).

Leventhal et al. (1992) plantean un análisis enfocado en las representaciones cognitivas de la enfermedad que elabora cada persona, en estas representaciones quedan los factores que el enfermo juzga importantes, como la causa de la enfermedad, su evolución y duración, los rasgos definitorios en función de su experiencia con ella. Al igual que el modelo de la acción razonada, el modelo de sentido común establece que los individuos son los solucionadores activos de problemas, que organizan el procesamiento de la información perceptiva y conceptual referida a las amenazas de salud de manera episódica y autorregulada mediante un sistema de feedback (Cameron & Leventhal, 2003).

De forma general, el modelo sugiere que el sujeto es el solucionador de problemas a través de dos vertientes: la realidad que percibe de la amenaza para la salud y las reacciones emocionales que presenta ante tal amenaza. Asimismo, se presentan tres premisas para entender el funcionamiento del modelo: 1) el sujeto busca la información para corroborar sus propias suposiciones y actúa, 2) la representación

de la enfermedad es la construcción cognitiva primordial que determinara el afrontamiento y la evaluación de los resultados de cierta conducta, 3) finalmente, las representaciones mentales son subjetivas y pueden diferenciarse de lo establecido desde una perspectiva médico-científica (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Los estímulos recibidos desde el exterior o que se encuentren en el interior producen representaciones de una enfermedad, estos estímulos se llevan a un proceso de interpretación ad hoc de la experiencia previa en cuanto a la enfermedad (Diefenbach & Leventhal, 1996). Un ejemplo del funcionamiento de este modelo se observa en la detección de un síntoma por sí mismo, el sujeto de forma casi inmediata elabora una representación cognitiva del problema, así como también de las emociones que le acompañan a esta representación cognitiva. En una segunda parte, se efectúan planes de acción o procedimientos de afrontamiento entre los cuales puede ser la búsqueda de ayuda médica. Por último, la tercera fase, recae en la valoración de las consecuencias, paso que puede afectar las etapas previas y modificar por tanto los sucesivos episodios de futuras amenazas de salud y que permite entender el modelo desde una perspectiva procesual (Lau & Hartman, 1983).

Diefenbach y Lenethal (1996) refieren que existen otros factores que podrían influir directamente en la representación de las enfermedades, específicamente al contexto personal individual y al contexto cultural, en función de estas variables se van a mediar las estrategias de afrontamiento para la resolución de problemas. En síntesis, el modelo de sentido común tiene las dimensiones necesarias para explicar

el proceso del miedo a la recurrencia al cáncer, donde un síntoma puede detonar la angustia en el paciente en función de su historia personal con la enfermedad y el contexto en el que se desenvuelve, esto a su vez va a generar las estrategias de afrontamiento y finalmente una evaluación de la acción llevada a cabo.

Estudios como el de Otto et al. (2018) permiten identificar los conceptos del modelo de sentido común pues el estudio busca determinar si el miedo a la recurrencia se asocia con una mejor utilización de los servicios de salud en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Los resultados indicaron que el miedo a la recurrencia este asociado al aumento de uso de los servicios de salud, lo que refleja una búsqueda excesiva de atención médica y esto genera costos médicos innecesarios.

MODELO DE LEE-JONES

Como se ha expuesto en líneas anteriores, los modelos enfocados en el individuo como solucionador de problemas han sido los que han logrado explicar el proceso del miedo a la recurrencia al cáncer desde una interpretación general del caso. En este sentido, Lee-Jones et al. (1997) realizan una propuesta basada en el modelo del sentido común para explicar el proceso específico del miedo a la recurrencia al cáncer y propone un modelo basado en que la variable miedo a la recurrencia está compuesta principalmente de cogniciones, creencias y emociones.

El modelo refiere que el miedo a la recurrencia al cáncer está conformado por cogniciones, creencias y emociones que van a ser activadas a partir de los estímulos internos o externos y a su vez activan las respuestas cognitivas y emocionales que tienen una interacción con el miedo a la recurrencia, finalmente

este proceso desemboca en consecuencias conductuales y psicológicas (Lee-Jones et al., 1997).

Bajo este modelo, los síntomas físicos que las personas pueden identificar como síntomas de la enfermedad serían considerados los estímulos internos, mientras que los estímulos externos pueden ser las interacciones con el personal de salud, la información obtenida en medios de comunicación o la interacción familiar. En el caso de las emociones de acuerdo con el modelo se podrían experimentar procesos de ansiedad referido al cáncer o inclusive desasosiego en función de la posibilidad de haber tomado mejores acciones u otras decisiones en cuanto al tratamiento y cuidado de la enfermedad.

Las emociones a su vez conllevan a la persona a desarrollar cogniciones como pensamientos irracionales y que determinan la percepción del riesgo de una recurrencia al cáncer, finalmente las emociones y cogniciones según este modelo conllevan a realizar conductas asociadas al miedo de que el cáncer regrese como el control de los síntomas físicos, buscar servicios médicos, apoyo de la familia o planificaciones limitadas del futuro, asimismo, el desarrollo de estas emociones, cogniciones y conductas podrían desarrollar trastornos mentales más complejos.

Lee-Jones et al. (1997) mencionan que el análisis del miedo a la recurrencia cobra relevancia cuando se evalúa como una respuesta a la amenaza de la enfermedad que en conjunto con las cogniciones y la emociones conforman el miedo a la recurrencia y que, a su vez, activan procesos conductuales que indicaran a la persona como debe actuar frente a la amenaza.

FATALISMO

El concepto de fatalismo según Blanco y Díaz (2007) hace referencia a la percepción de una persona a la incertidumbre, desconfianza en las propias fuerzas y capacidades, conformidad y apatía que en el sentido opuesto estarían el control, la confianza en uno mismo y la expectativa de conseguir determinados resultados. En el mismo sentido, el fatalismo se puede definir de forma general como la propensión de individuos o grupos a creer que sus destinos están determinados por un poder invisible y está fuera de su propia voluntad (Solomon, 2003).

Para referir el concepto de fatalismo de forma práctica, se plantea que una persona fatalista es alguien que no es dueño de sus acciones, es incapaz de conducir los caminos de su vida y una incapacidad para afrontar proyectos propios (Palomar & Cienfuegos, 2006; Pérez & Livacic, 2002). En este sentido, Pérez y Livacic (2002) hacen la referencia al constructo de fatalismo compuesto por tres principales vertientes: predestinación, resignación y pasividad, en paralelo, Blanco y Díaz (2007) lo definen como un constructo colectivista, donde las personas muestran actitudes sumisas, resignadas y acríticas a la vida cotidiana.

Así pues, el fatalismo se ha relacionado con la cultura latina, incluyendo la mexicana (Ross et al., 1983). De igual forma, Martín Baro citado por Sánchez (2005) considera que amplios sectores de los pueblos latinoamericanos se les ha atribuido como una actitud básica, una especie de comprensión fatalista de la existencia que, en palabras de Baro, se define esta actitud como aquella comprensión de la existencia humana según la cual, el destino de todos está ya predeterminado y todo hecho de un modo ineludible. No obstante, es interesante resaltar los resultados que

presentan Maercker et al, (2019) donde luego de una evaluación de los niveles de fatalismo en algunos países europeos, de medio oriente y México, se encontró que los alemanes presentaron un mayor nivel de fatalismo que el país latinoamericano.

Por otra parte, Esparza et al. (2015) refieren que no existe un consenso general en las definiciones de fatalismo y así mismo pasa con sus mediciones, por lo que luego de una serie de estudios expusieron que el fatalismo es la creencia en la predestinación y además propusieron otros cuatro factores que ya se habían planteado que eran fatalismo pero que resultaron ser factores distintos e independientes, aunque relacionados. Estos cuatro factores incluyen el pesimismo, la creencia en la suerte, la creencia en el control divino y el locus de control interno. Cabe resaltar que, para la elaboración del presente estudio se utilizará la escala multidimensional de fatalismo elaborada por Esparza et al, (2015) por lo que se parte de la definición de los autores mencionados.

Como reportan Esparza y Wiebe (2010) existen más de 50 escalas distintas que se utilizan para medir el fatalismo, que no obstante cada uno de los instrumentos mide una gran variedad de distintas definiciones del mismo constructo. En este sentido y en función de la necesidad de un consenso mejor estructurado para la evaluación de la variable, Esparza y Wiebe (2010) analizan la estructura factorial de las principales escalas usadas para medir el fatalismo, analizaron 267 reactivos, los cuales se sometieron a un análisis factorial exploratorio donde se encontró que la mayoría de los reactivos se agrupaban en cinco factores, los cuales fueron nombrados fatalismo, pesimismo/desesperanza, locus interno, suerte y control divino.

Siguiendo con el análisis del fatalismo, Esparza et al. (2015) definen los cinco factores involucrados en la medición del fatalismo que previamente habían encontrado. El primer factor refiere al constructo fatalismo, el cual se define como una creencia en la predestinación de “lo que será será”, el segundo factor llamado pesimismo trata de una percepción de que las cosas no van a salir bien, que el futuro se ve mal. El factor locus interno es un reflejo del concepto de fatalismo, es decir que no existe un control de lo que sucede, no obstante, se considera un factor aparte ya que en los análisis previos la estructura factorial incluyó esta dimensión como independiente. El cuarto factor llamado suerte refiere a la creencia que tienen las personas de que las cosas paran por tener buena suerte o mala suerte. Finalmente, el último factor es control divino, que es la creencia de que las cosas suceden porque Dios así lo quiso.

Es importante aclarar que Esparza et al. (2015) mencionan que no todos los factores encontrados en su análisis refieren directamente al fatalismo, solo el factor llamado fatalismo se considera como una medida directa de la variable, no obstante, el resto de los factores guardan una importante relación con el fatalismo que aunque representan otros constructos, sirven para entender el carácter multifactorial de la variable, a partir de este análisis se elaboró la escala multifactorial de fatalismo la cual está compuesta por 30 reactivos que mide los cinco factores encontrados por Esparza y Wiebe (2010).

Así pues, en función de la necesidad de explicar el funcionamiento del fatalismo en el campo de la salud, es importante mencionar que el proceso de conductas relacionadas con la salud está condicionado por diversos factores, entre ellos los

culturales, en relación con las creencias, los valores, costumbres y tradiciones que podrían favorecer o representar una barrera para el control de enfermedades como el cáncer (Caballero, 2018).

En este sentido, las creencias refieren a un factor cultural y al mismo tiempo hacen referencia a un proceso cognitivo que determina la forma de ser en el mundo de las personas, el modo en el que evalúa las situaciones y a los otros, así como la manera en la que interactúa con su medio en situaciones específicas como lo relacionado con la salud (Calvete & Cardeñosa, 2001). En consecuencia de este proceso, las creencias en salud podrían determinar los comportamientos hacia la prevención y tratamiento de enfermedades entre ellas el cáncer (San Pedro & Róales-Nieto, 2003).

Es importante resaltar que, existe evidencia sobre la relación entre las creencias de salud y el fatalismo, un constructor que, si bien parte del plano social y cultural se ha estudiado en los últimos años en enfermedades como cáncer, diabetes y VIH donde se ha observado que el fatalismo se vincula de forma negativa con los comportamientos de prevención y control de la enfermedad (Egede et al., 2003; Ojikutu et al., 2014; Powe et al., 2003).

Bajo esta línea, se define entonces el fatalismo como un conjunto de creencias y actitudes con respecto a los comportamientos de búsqueda de salud, las prácticas de detección y la enfermedad (Esparza et al., 2010). Otros estudios han reportado de forma empírica la relación entre el fatalismo y las conductas en salud. Cohn y Esparza (2010) realizan un meta análisis donde evalúan 46 estudios que relacionan el fatalismo con comportamientos en salud, se trata de 52 muestras independientes

y un total de 25720 participantes y se reportan relaciones significativas entre el fatalismo y diversas conductas de salud como exámenes de cáncer, consumo de alcohol, exámenes de colesterol, revisiones médicas generales, comportamientos sexuales de riesgo, dietas saludables, uso de anticonceptivos, conocimiento del VIH, lavador de dientes entre otros.

En este sentido, estudios como el de Abraído-Lanza et al. (2007) muestran la función del fatalismo en los comportamientos en salud donde concluyen que el fatalismo presente en población latinoamericana les impide llevar a cabo conductas del cuidado de la salud en función de su sistema de creencias. No obstante, esta relación estaría perpetuada por otros factores como la educación, las creencias, estructuras económicas y otros rasgos culturales presentes.

Estudios como el de Díaz et al. (2014) hacen énfasis en el papel que juega el fatalismo en sociedades colectivista y sociedades individualistas, específicamente realizan un estudio de comparación entre España y Colombia donde el fatalismo funciona de distinta forma según las características de la muestra. Del mismo modo, Chen et al. (2016) encontraron diferencias en la función del fatalismo en jóvenes y adultos, resultado que aporta a la hipótesis de que la función del fatalismo estaría mediada por factores de orden social y cultural.

En paralelo, también resultado importante resaltar los estudios del fatalismo y su relación con la satisfacción con la vida. Estudios como el de Díaz et al. (2015) y Chen et al. (2016) enfatizan en las capacidades del fatalismo para predecir la satisfacción con la vida, así como las correlaciones que se encuentran entre las

variables, las cuales tienden a cambiar según los grupos de edades y características sociodemográficas.

FATALISMO EN EL CÁNCER

El fatalismo ha sido identificado como un rasgo cultural principalmente en la población latinoamericana (Blanco & Diaz, 2007) y al pasar del tiempo, la variable se ha relacionado de forma más directa con la salud. Estudios relacionados con el cáncer como el de Wells et al. (2015) y Befort et al. (2013) han demostrado que el fatalismo es una variable influenciada fuertemente por factores culturales como las creencias y la educación, además, esta variable está íntimamente relacionada con las prácticas saludables relacionadas al cáncer.

Emanuel et al. (2017) reportan un estudio donde relacionan la educación y el fatalismo con la búsqueda de información relacionada al cáncer de mama donde encuentran que la relación entre los bajos niveles educativos y el fatalismo está mediada por las experiencias de búsqueda de información sobre el cáncer de mama, este conflicto se ha identificado tiempo atrás, de acuerdo con un comunicado de la OMS en 2008 las acciones destinadas a la detección precoz del cáncer están siendo obstaculizadas por los conceptos erróneos sobre el cáncer que hacen que los pacientes sean reacios o no estén dispuestos a buscar ayuda médica cuando presentan los primeros síntomas.

Es importante denotar que el fatalismo a pesar de ser una variable poco estudiada en el campo de la oncología, en los últimos años ha cobrado una gran relevancia en función de la conceptualización que se le ha dado a la variable y esto ha permitido

considerar el fatalismo o creencias fatalistas como una fuerte barrera para la prevención, diagnóstico oportuno y adherencia al tratamiento del cáncer (González et al., 2016; Marvan et al., 2016). No obstante, el fatalismo no siempre actúa en la misma dirección en cuanto a los comportamientos de salud.

Esparzar y Wiebe (2010) advierten sobre la diversa variedad de escalas de fatalismo, siendo esto un problema para poder llegar a conclusiones sólidas sobre la relación entre el fatalismo y los comportamientos de salud. Bajo esta idea, los autores reportan que existe gran cantidad de estudios de fatalismo y comportamientos de salud con resultados opuestos.

Shahid et al. (2020) reportaron un estudio donde hacen la diferencia entre el fatalismo clásico conceptualizado como la percepción de que las acciones no pueden cambiar el futuro, y el fatalismo activo donde se conceptualiza como la percepción de que el destino está escrito, pero requiere de acciones individuales. En este sentido ambos conceptos de fatalismo encontraron resultados opuestos en cuanto a síntomas de depresión, ansiedad y estilos de afrontamiento.

Resultados similares se encuentran en los estudios de Flórez et al. (2009) donde encontraron que el fatalismo propiciaba prácticas de prevención en función de la creencia de que el cáncer es una sentencia de muerte y Cheng et al. (2013) quienes reportan que en su muestra el fatalismo permite la aceptación y en consecuencia promueve el uso de estrategias de afrontamiento activas.

Por otra parte, la variable ha sido conceptualizada en el campo de la oncología donde según Powe (1995) el fatalismo en el cáncer es la idea de que la presencia

de la enfermedad esta predeterminada y que además esta enfermedad provocara inevitablemente la muerte de quien la padece, bajo esta idea, Befort et al. (2013) mencionan que el fatalismo en el cáncer cobra una gran relevancia en función de que está plenamente enfocado en el temor, la impotencia y la desesperanza con respecto al padecimiento, esto a su vez implica que una persona fatalista perciba el cáncer como una lucha completamente inútil debido a que inevitablemente la enfermedad lo llevara a la muerte.

EL FATALISMO DENTRO DEL MODELO DE MIEDO A LA RECURRENCIA DE LEE-JONES

Para entender la función del fatalismo, en el caso específico del miedo a la recurrencia, se utiliza el modelo que propone Lee-Jones et al. (1997). El modelo refiere que el miedo a la recurrencia al cáncer está conformado por cogniciones, creencias y emociones que van a ser activadas a partir de los estímulos internos o externos y a su vez activan las respuestas cognitivas y emocionales que tienen una interacción con el miedo a la recurrencia, finalmente este proceso desemboca en consecuencias conductuales y psicológicas (Lee-Jones et al., 1977).

Para entender la incursión del fatalismo en el modelo, se toma el apartado de las emociones y cogniciones que proponen Lee-Jones et al. (1997) donde se menciona que emociones como la ansiedad por el cáncer, la preocupación por la salud o el desasosiego por la idea de que se pudo haber tomado mejores decisiones están perpetuadas por la ausencia de control de la situación que vive el sujeto, lo cual puede ser explicado desde el factor de locus interno de la escala multidimensional de fatalismo.

Por otra parte, las cogniciones a las que refieren Lee-Jones et al. (1997) como es el caso de la experiencia vivida con el cáncer que desemboca en conductas propias del miedo a la recurrencia podrían ser explicadas como cogniciones pesimistas, es decir permanecer en la creencia de que el cáncer volverá y será un proceso igual al que ya se vivió y que no existen opciones para evitarlo. Este supuesto puede ser entendido como rasgos propios del fatalismo o constructos altamente relacionados en la escala multifactorial de fatalismo.

Bajo este modelo, los síntomas físicos que las personas pueden identificar como síntomas de la enfermedad serían considerados los estímulos internos, mientras que los estímulos externos pueden ser las interacciones con el personal de salud, la información obtenida en medios de comunicación o la interacción familiar. En este sentido, el fatalismo al definirse como un proceso cognitivo basado en creencias, la variable tendría la capacidad de perpetuar el miedo a la recurrencia apoyado por los estímulos del contexto en el que las personas se desarrollan, como es el caso del escenario cultural, familiar e incluso psicológico.

SATISFACCIÓN CON LA VIDA

De acuerdo con Veenhoven (1994) el concepto de satisfacción con la vida forma parte del campo de investigación conocido como calidad de vida. En este sentido, el estudio de la calidad de vida intenta definir lo que es una buena vida y la evaluación de que tan bien se vive, además el estudio del concepto incluye que es lo que se requiere para hacer la vida mejor.

Bajo este supuesto, entendiendo la satisfacción con la vida como un indicador de la calidad de vida, Diener et al. (1985) refiere la satisfacción con la vida como un juicio global cognitivo de la propia vida, resalta que la valoración no se da a partir de parámetros objetivos, sino que se trata de la comparación de las circunstancias vitales con los propios patrones internos.

Por otra parte, Watanabe (2005) menciona que la satisfacción con la vida es de forma básica, una valoración de carácter cognitivo que se estudia a través de la propia evaluación que el sujeto expresa sobre su vida, además, esta evaluación esta mediada por un sistema homeostático del sujeto, que tiene la intención de dar un sentido positivo de bienestar que puede ser o no ser específico y sumamente personalizado y que solamente refiere al bienestar percibido en el sentido más general de su propia percepción. Para los fines de este trabajo de investigación, se utilizará el constructo satisfacción con la vida entendido desde el modelo del bienestar subjetivo (Diener et al., 1985) que se explicará en los siguientes párrafos.

MODELO DEL BIENESTAR SUBJETIVO

El bienestar subjetivo es una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, dominios de satisfacción y juicios globales de satisfacción con la vida (Diener et al., 1999). Se trata de un modelo teórico que fue desarrollado a partir de la década de los 80 por Ed Diener et al. (1984) quienes enfatizan su trabajo en la descripción de cómo es el proceso de las personas para alcanzar y experimentar el bienestar. Diener et al. (2000) proponen el concepto de bienestar subjetivo desde diferentes vertientes: la satisfacción con la vida (juicio global) satisfacción por diferentes ámbitos de la vida (por ejemplo, el área laboral), las emociones positivas y los niveles bajos de emociones negativas

De acuerdo con el modelo de bienestar subjetivo, los estados de ánimo y las emociones se pueden englobar con el nombre de afecto y representan la evaluación en vivo de los eventos de sus vidas. En este sentido, el afecto puede tener un sentido positivo cuando se trata de emociones egosintónicas o placenteras y el sentido negativo cuando están implicadas experiencias emocionales egodistónicas o que representan algún grado de malestar psicológico para la persona (Diener et al., 1999). Para estos autores, la parte afectiva del bienestar subjetivo es la suma de emociones positivas y negativas desde la perspectiva de un balance de estas que en cuanto a su temporalidad se trata de un largo plazo más que una valoración momentánea.

Por otra parte, los juicios globales o generales sobre la satisfacción con la vida constituyen las valoraciones relacionadas con la forma en como las personas valoran su desempeño a lo largo de su vida. En este sentido, los juicios de

satisfacción con la vida propia y los juicios de la satisfacción de variables externas que refiere a una serie de variables externas relacionadas con la satisfacción personal, como pueden ser la satisfacción laboral, satisfacción con la pareja, los ingresos, el lugar donde viven entre otros, se presentan como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, es decir que el modelo del bienestar subjetivo se presenta básicamente en dos vertientes: la afectiva y la cognitiva. La vertiente afectiva refiere al conjunto de emociones y la parte cognitiva al conjunto de valoraciones de la vida misma.

LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN EL MODELO DEL BIENESTAR SUBJETIVO

La satisfacción con la vida se conceptualiza desde el modelo del bienestar subjetivo, como el juicio global cognitivo de la propia vida, que, en este sentido requiere ser enfático en cuanto a que la evaluación realizada no es una evaluación con sustentos objetivos, sino que se trata de una comparación de las circunstancias vitales, con los propios patrones internos (Diener, 1985; Diener et al., 1985; Pavot & Diener, 1993). En otras palabras, la satisfacción con la vida refiere a la percepción personal de bienestar o felicidad, que es la valoración de la vida propia, en relación con los propios objetivos, expectativas o intereses mediados directamente por un contexto sociocultural en que la persona se encuentra habitando en el momento de la valoración y que refiere a una temporalidad de largo plazo más que a una valorización momentánea (Diener et al., 1995).

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Para la evaluación de la satisfacción con la vida desde los inicios del modelo de bienestar subjetivo, Diener et al. (1993) elaboraron una escala para medir la variable y que quizá ha sido la escala más utilizada en el mundo para medir la satisfacción con la vida (Pavot y Diener, 1993). La escala se compone de cinco reactivos y se utiliza un formato de tipo Likert. Los análisis factoriales exploratorios sugieren que la escala es unidimensional por lo que es una medida específica de satisfacción con la vida.

En este sentido, uno de los primeros análisis factoriales exploratorios fue reportado por Diener et al. (1995) donde encontró que un solo factor explicaba el 66% de la varianza y los resultados fueron corroborados por Pavot y Diener (1993). Del mismo modo, la escala de satisfacción con la vida de Diener ha sido sometida a números procesos de validación alrededor de todo el mundo y en gran cantidad de idiomas, en poblaciones jóvenes, adultos, de la tercera edad, con y sin patologías o limitaciones específicas (Cwiek et al., 2017; Diener & Eunkook, 2003; Diener et al., 2013; Kowalska et al., 2017; Lovreide y Hagell, 2016; Mehamedagic et al., 2016; Pavot & Diener, 1993; Tsaousides et al., 2017;).

Vinaccia et al. (2019) reportaron que, en los últimos años, la escala de satisfacción con la vida ha sido validada en una gran cantidad de países en los que resaltan Polonia, España, Estados Unidos, México, Chile, Brasil, Argentina y Colombia, además, reportan validaciones en poblaciones universitarias, con trabajadores de empresas y poblaciones generales.

SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN EL CÁNCER

La variable satisfacción con la vida ha sido estudiada desde diversos campos de la salud, especialmente por la capacidad predictiva que tiene con la calidad de vida (Martínez et al., 2004). En este sentido, la variable también ha sido analizada dentro de los cuadros clínicos del cáncer, principalmente en etapas de tratamiento y se encuentran algunos estudios en sobrevivientes de la enfermedad.

Polanski et al. (2020) reportaron que los altos niveles de satisfacción con la vida están asociados con una mejor percepción de calidad de vida y la adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer de pulmón. Derivado de esto, concluye que al tratarse de una variable cognitiva puede llevar a conductas favorables o desfavorables relacionadas con la salud en pacientes de cáncer de pulmón.

Otro estudio similar reportado por Zayas et al. (2018) reportaron una relación entre la satisfacción con la vida y la resiliencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Develan la relación entre las variables que las dimensiones de resiliencia, ecuanimidad, confianza en sí mismo y perseverancia tiene una relación positiva estadísticamente significativa con la satisfacción con la vida. Adicionalmente, plantean un modelo de regresión lineal donde encuentran que la satisfacción con la vida es explicada en un 56% por la variable resiliencia a su vez compuesta por las dimensiones ecuanimidad, confianza en sí mismo y perseverancia.

Cipora et al. (2018) realizan un estudio donde evalúan la satisfacción con la vida en mujeres con cáncer de mama en consideración de factores sociales y demográficos. Los resultados indican que las mujeres que recibieron una cirugía como tratamiento

contra el cáncer catalogaron su satisfacción con la vida como mediocre, mientras que las pacientes más jóvenes tuvieron un bajo nivel de satisfacción con la vida en comparación de las de mayor edad.

Por otra parte, la satisfacción con la vida también ha sido analizada en sobrevivientes de cáncer. Un estudio muy reciente devela asociaciones positivas entre el crecimiento post traumático, significado de vida y satisfacción con la vida, adicionalmente se propone un modelo de mediación donde se estima que la relación entre el crecimiento post traumático y la satisfacción con la vida esta mediada por el efecto de la presencia del significado de vida (Mostrac & Brajkovic, 2022).

En paralelo, Meadows et al. (2019) presentaron un estudio similar en sobrevivientes de cáncer donde se examina la relación entre el locus de control de la salud espiritual y la satisfacción con la vida. Los resultados develaron asociaciones significativas entre ambas variables, mientras que en los análisis no ajustados el nivel alto de locus de control de la salud espiritual aumento las probabilidades de estar satisfecho con la vida.

Así pues, de acuerdo con la definición de la variable satisfacción con la vida donde refiere tratarse de una valoración subjetiva y compuesta de procesos cognitivos (Diener et al., 2009) se puede asociar como una variable que estaría implicada en el fenómeno del miedo a la recurrencia, entendiendo que este tipo de cogniciones como la valoración de la vida misma, puede llevar a conductas y emociones que determinan la percepción del riesgo de recurrencia al cáncer.

La evidencia sostiene que la satisfacción con la vida si tiene implicaciones en el proceso de la enfermedad del cáncer, tanto en la etapa de tratamiento (Cipora et al. 2018; Polanski et al., 2020; Zayas et al., 2018) como en la etapa de sobrevivencia a la enfermedad (Meadows et al. 2019; Mostrac & Brajkovic, 2022). Además, la variable ha sido asociada con otros fenómenos psicológicos presentes en el proceso de la enfermedad del cáncer como la resiliencia, la adaptación a la enfermedad, la adherencia al tratamiento y el locus interno.

En este sentido, al tratarse de una variable cognitiva la satisfacción con la vida podría estar relacionada con el fenómeno del miedo a la recurrencia según el modelo de Lee-Jones et al. (1997) y al mismo tiempo podría estar asociada al constructo de fatalismo tal como lo reporta Meadows et al. (2019) quien asocia el locus interno con la satisfacción con la vida en sobrevivientes de cáncer.

CAPÍTULO 3

MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

De acuerdo con los objetivos planteados, el presente estudio obedece a un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional de corte transversal con un muestreo no probabilístico por conveniencia.

PARTICIPANTES

El presente estudio se llevó a cabo en adultos sobrevivientes de cáncer de nacionalidad mexicana que residan actualmente en el país.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de 18 años, cáncer previo, haber terminado el tratamiento primario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Dificultad para responder el cuestionario y haber tenido recurrencia de cáncer.

INSTRUMENTOS

INVENTARIO DE MIEDO A LA RECURRENCIA AL CÁNCER (IMRC)

Es una escala de 42 reactivos que cuenta con gran reconocimiento por el alcance que tiene para medir el miedo a la recurrencia en contextos clínicos y de investigación. Este instrumento cuenta con 7 subescalas: desencadenantes, severidad, distrés psicológico, problemas de funcionamiento, conciencia, seguridades y estrategias de afrontamiento. Así mismo, presenta una buena consistencia interna de Alpha de Cronbach de .71 a .94 para las subescalas (Smith et al., 2018). Este instrumento fue desarrollado por un panel de seis expertos en psicooncología a principio de la década de los 2000 (Simard & Savard, 2009). La revisión de la prueba se realiza a través de la sumatoria de los ítems agrupados en las subescalas.

ESCALA MULTIFACTORIAL DE FATALISMO (EMF)

La Escala Multifactorial de Fatalismo está compuesta de cinco factores denominados fatalismo, pesimismo, locus interno, suerte y control divino los cuales constan de seis reactivos cada uno. La escala fue desarrollada de forma simultánea en inglés y español asegurando su invarianza entre los dos idiomas. El formato de respuesta es de cinco opciones tipo Likert que van desde “Fuertemente de acuerdo” a “Fuertemente en desacuerdo” la escala cuenta con una estructura factorial valida y en cuanto a la confiabilidad interna presenta índices de Alpha de Cronbach valores de .76 a .92 respectivamente para los factores. (Esparza et al.,2015). La escala se

puntúa de acuerdo con la sumatoria de los ítems agrupados por cada una de las subescalas.

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (ESV)

La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS, por sus siglas en inglés) de Diener et al. (1985) es un instrumento breve de cinco reactivos con escala tipo Likert de valoración de 7 puntos que van desde 1 como “muy en desacuerdo” y 7 como “muy de acuerdo” tiene puntuaciones entre 5 y 35 y evalúa la satisfacción general que tiene el individuo con su vida, entendiendo que a mayor puntuación refiere mayor satisfacción. Para fines de este proyecto de investigación se utilizó la versión traducida y adaptada al español de Vázquez et al. (2013) y presenta una confiabilidad Alpha de Cronbach de .83. La escala se puntúa con la suma total de todos los ítems de la escala.

PROCEDIMIENTO

Previa autorización del presente proyecto, se identificaron pacientes sobrevivientes de cáncer a través de grupos en redes sociales, posteriormente se les hizo una invitación a participar en el estudio contestando un formulario de manera virtual en la plataforma Microsoft que se les envió y que incluye el consentimiento informado donde podían elegir entre participar o declinar la invitación, así como los respectivos cuestionarios. Una vez compilados los cuestionarios se exportaron a una base de datos en SPSS para su posterior análisis.

ANÁLISIS DE DATOS

Para la presente investigación se realizaron análisis de normalidad, posteriormente estadísticos descriptivos para identificar el comportamiento de las variables, seguido de análisis de correlación, análisis comparativos para identificar diferencias entre los participantes según características clínicas y socio demográficas, finalmente se propone un modelo de regresión logística que devela la relación entre las variables. Adicionalmente, se llevaron a cabo análisis para estimar el tamaño del efecto en los análisis de diferencias de grupos y se utilizó el estadístico r propuesto para estimar tamaño del efecto en pruebas no paramétricas de diferencia de dos grupos la interpretación del tamaño del efecto es la siguiente: .10 a .29 pequeño; .30 a .49 mediano; .50 o más alto (Fritz et al., 2012; Téllez et al., 2015).

ASPECTOS ÉTICOS

Todos los procedimientos que se llevaron a cabo en este protocolo están apegados a los principios éticos de los psicólogos y su código de conducta sección 8 de la Asociación Americana de Psicología (APA).

Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado antes de comenzar su participación. El consentimiento informado proporciona información relevante al propósito de la investigación, la duración esperada y los procedimientos, el derecho a negarse a participar y retirarse de la investigación una vez que inicie su participación, las consecuencias previsibles de rechazar o retirarse del estudio,

beneficios de su participación, límites de confidencialidad y finalmente información de contacto para que el participante pueda realizar preguntas si las tiene.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

El siguiente capítulo refiere a los resultados de los análisis descriptivos de los participantes y se presentan pruebas estadísticas que responden a los objetivos planteados en la presente investigación.

ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

El objetivo número uno refiere a identificar los niveles de, miedo a la recurrencia al cáncer, fatalismo y satisfacción con la vida por lo que se realizaron análisis descriptivos de las variables de estudio, así como de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes.

La muestra se conformó de 94 personas sobrevivientes de cáncer con edades de los 23 a los 71 años presentando una media de edad de 51. Cabe resaltar que, en su mayoría, la muestra se conformó de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama residentes del norte de México practicantes de la religión católica. La tabla 1 muestra el resto de las características sociodemográficas de la muestra.

Por otra parte, la muestra reflejó algunas características clínicas relevantes para su análisis como el tipo de cáncer diagnosticado, el tiempo de terminación de tratamiento, presencia de enfermedades crónicas adicionales al cáncer y otros rasgos clínicos que se presentan en la tabla 2 con cifras de ocurrencia y porcentaje

en la muestra. En este sentido, también es prudente resaltar que, en la mayoría de los casos existían antecedentes de cáncer en la familia y no se recibió tratamiento psicológico durante el proceso del cáncer.

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra

Variable	f (%)
Estado civil	
Soltero	11 (3.2)
Casado	62 (66)
Divorciado	11 (11.7)
Viudo	7 (7.4)
Unión libre	3 (3.2)
Religión	
Ninguna	16 (17)
Católico	70 (74.5)
Cristiano evangélico	7 (7.4)
Cristiano no evangélico	1 (1.1)
Hijos	
Si	84 (89.4)
No	10 (10.6)
Zona del país donde reside	
Norte	82 (87.2)
Centro norte	5 (5.3)
Centro	7 (7.5)
Ingreso mensual	
Menos de 4 mil pesos	2 (2.1)
De 4 a 9 mil pesos	49 (52.1)
De 9 a 18 mil pesos	40 (42.6)
Mas de 19 mil pesos	3 (3.2)

Tabla 2 Características clínicas de la muestra

Variable	f (%)
Otras enfermedades	
Si	39 (41.59)
No	55 (58.5)
Tipo	
Diabetes	13
Hipertensión	15
EPOC	1
Otras	10
Tipo de cáncer	
Pulmonar	2 (2.1)
Colorrectal	1 (1.1)
Gástrico	1 (1.1)
Mamario	67 (71.3)
Otro	23 (24.5)
Recibió atención psicológica	
Si	20 (21.3)
No	74 (78.7)
Tiempo de terminación de tratamiento	
Menos de un año	13 (13.8)
Un año	9 (9.6)
Dos años	14 (14.9)
Tres años	12 (12.8)
Cuatro años	11 (11.7)
Cinco años	12 (12.8)
Seis años	6 (6.4)
Mas de siete años	17 (18.1)

Además, se realizaron análisis descriptivos de los puntajes obtenidos de los instrumentos utilizados y cada una de sus subescalas. La Tabla 3 muestra los estadísticos descriptivos de las subescalas del Inventario de Miedo a la Recurrencia, mientras que la Tabla 4 muestra los estadísticos descriptivos de las subescalas de la Escala Multifactorial de Fatalismo y la Escala de Satisfacción con la Vida. Cabe

resaltar que la escala de satisfacción con la vida es unidimensional, es decir, no cuenta con subescalas.

Es importante resaltar que el Inventario de Miedo a la Recurrencia presentar un punto de corte en la subescala de severidad lo que implica que puntajes superiores a 13 se consideran casos de miedo a la recurrencia al cáncer de carácter clínico (Simard & Savard, 2009). En este sentido, el 45% de la muestra presentó valores por encima de 13 puntos en dicha subescala.

Tabla 3 Estadísticos descriptivos de subescalas del Inventario de Miedo a la Recurrencia.

Variable	Media	DE	Mínimo	Máximo
Desencadenantes	9.89	5.7	0	29
Severidad	12.7	6.6	0	30
Estrés psicológico	5.56	4.43	0	16
Afrontamiento	20.77	7.73	0	34
Alteraciones funcionales	4.53	5.4	0	22
Percepción	2.58	2.89	0	11
Detección	3.26	2.17	0	11

Tabla 4 Estadísticos descriptivos de subescalas de la Escala Multifactorial de Fatalismo y Escala de Satisfacción con la Vida.

Variable	Media	DE	Mínimo	Máximo
Fatalismo	18.76	4.84	6	30
Pesimismo/Desesperanza	13.19	4.03	6	24
Locus interno	23.81	3.51	6	30
Suerte	16.7	2.16	6	24
Control Divino	19.75	5.51	6	30
Satisfacción con la vida	24.72	6.2	5	35

Adicionalmente, se realizaron pruebas de normalidad para conocer la distribución de las variables de estudio. En este sentido, cabe resaltar que la prueba

Kolmogórov-Smirnov presento valores $p < .05$ por lo que los datos del estudio no presentan una distribución normal.

ANÁLISIS DE RELACIÓN DE VARIABLES

En función de lo estipulado en el objetivo de investigación número 2, se realizaron análisis de relación entre las variables de estudio para identificar aquellas relaciones significativas.

Se encontraron correlaciones tanto positivas como negativas que, aunque son bajas, tienen significancia estadística entre las variables de estudio. La Tabla 5 muestra las correlaciones detalle que se encontraron.

Tabla 5 Correlaciones

Instrumento	Dimensión	Dimensión	rho	sig.
MRCI	Miedo a la recurrencia	Pesimismo/desesperanza	.294	.004
	Desencadenantes	Pesimismo/desesperanza	.283	.006
	Desencadenantes	Locus	-.260	.011
	Severidad	Pesimismo/desesperanza	.272	.008
	Afrontamiento	satisfacción con la vida	.208	.040
	Percepción	Pesimismo/desesperanza	.338	.001
	Percepción	satisfacción con la vida	-.220	.030
	Percepción	Suerte	.253	.014
EMF	Pesimismo/Desesperanza	Alteraciones funcionales	.287	.005
	Suerte	Alteraciones funcionales	-.210	.040
	Suerte	Estrés psicológico	.213	.030
ESV	satisfacción con la vida	Alteraciones funcionales	-.220	.030
	satisfacción con la vida	Locus	.322	.002
	satisfacción con la vida	Severidad	-.340	.001
	satisfacción con la vida	Estrés psicológico	-.270	.009
	Edad	Control divino	.263	.011
	Edad	Alteraciones funcionales	-.260	.012

Nota: MRCI = Inventario de Miedo a la Recurrencia al Cáncer, EMF = Escala Multifactorial de Fatalismo, ESV = Escala de Satisfacción con la Vida.

ANÁLISIS DE DIFERENCIA POR GRUPOS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.

En primera instancia, se evaluaron diferencias entre quienes tienen antecedentes familiares de cáncer ($n = 69$, $Mdn = 25$; Rango = 25) y quienes no los tienen ($n = 25$, $Mdn = 22$; Rango = 22) se encontró una diferencia estadísticamente significativa con un tamaño del efecto pequeño en la variable satisfacción con la vida con la expresión $Z = -2.70$, $U = 547$, $p = .007$, $r = 0.27$.

Por otra parte, se dividió la muestra entre quienes tienen alguna otra enfermedad crónica y quienes no tienen, se encontraron diferencias significativas y tamaños de efecto de medios a altos, las diferencias encontradas se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6 Prueba U de Man Whitney para diferencias por grupos con y sin otras enfermedades crónicas.

Variable	ConEC (n = 39)	SinEC (n = 55)	Z	U	sig.	r
	Mdn (Rango)	Mdn (Rango)				
Fatalismo general	99 (54)	87 (76)	-3.66	595.00	.001	0.30
Fatalismo	21 (13)	17 (24)	-3.26	648.50	.001	0.33
Pesimismo/Desesperanza	15 (16)	11 (16)	-4.18	539.50	.001	0.43
Suerte	17 (8)	16 (13)	-2.07	807.00	.030	0.21
Control divino	21 (22)	18 (24)	-2.70	717.50	.006	0.27

Nota: ConEC = Con enfermedades crónicas SinEC = Sin enfermedades crónicas.

Además, se realizaron análisis de diferencias entre quienes recibieron atención psicológica durante su tratamiento de cáncer y quienes no recibieron, sin embargo, no se encontraron diferencias entre los grupos para ninguna de las variables. De la misma forma, se dividió la muestra entre personas con menos de 5 años de terminación de tratamiento y quienes tienen 5 y más años de haber terminado su

tratamiento. La Tabla 7 muestra los resultados de este análisis con el respectivo tamaño del efecto.

Tabla 7 Prueba U de Mann Whitney para diferencias entre grupos con 5 y más años de terminación de tratamiento.

Variable	Menos de 5	Mas de 5	Z	U	sig.	r
	(n = 59)	(n = 35)				
	Mdn (Rango)	Mdn (Rango)				
Miedo a la recurrencia	66 (96)	49 (77)	-4.22	493.00	.001	0.43
Desencadenantes	12 (29)	8 (17)	-3.07	640.00	.002	0.31
Severidad	14 (26)	9 (20)	-2.93	658.50	.003	0.30
Estrés psicológico	6 (16)	4 (14)	-3.27	617.00	.001	0.33
Afrontamiento	24 (26)	19 (32)	-2.1	763.50	.035	0.21
Alteraciones funcionales	5 (22)	0 (6)	-5.41	352.50	.001	0.55
Percepción	3 (11)	0 (7)	-3.64	579.00	.001	0.37
Control divino	18 (22)	21(24)	-2.59	702.00	.010	0.26

Por otra parte, se encontraron diferencias en la variable fatalismo en quienes tienen actividades laborales (n = 51, Mdn = 17; Rango = 21) y quienes no tienen actividades laborales (n = 43, Mdn = 20; Rango = 22) con una diferencia significativa y un tamaño del efecto pequeño expresado en $Z = -2.53$, $U = 764$, $p = .006$, $r = 0.26$. Finalmente, la variable control divino también presentó diferencias significativas con un tamaño del efecto mediano entre quienes tienen actividad laboral (n = 51, Mdn = 17; Rango = 24) y quienes no (n = 43, Mdn = 23; Rango = 17) expresada en $Z = -3.86$, $U = 588$, $p < .001$, $r = 0.39$.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA PREDECIR OCURRENCIA DE VARIABLE.

El objetivo de investigación número cuatro pretende evaluar el poder predictivo de las variables fatalismo y satisfacción con la vida sobre el miedo a la recurrencia. No obstante, los modelos de regresión logística indican que estas variables no tienen capacidad predictiva sobre el miedo a la recurrencia en esta muestra. Ninguna de las variables dentro de la Escala Multidimensional de Fatalismo y la Escala de Satisfacción con la vida mostraron un poder predictivo hacia el miedo a la recurrencia y ninguna de sus subescalas.

Sin embargo, dentro del análisis de variables, se obtuvo un modelo de regresión logística donde se observa que la variable locus interno de la Escala Multifactorial de Fatalismo (razón de momios [OR, por sus siglas en inglés]: 1.495; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1.138-1.965) aumenta la probabilidad de tener un alto nivel de satisfacción con la vida, mientras que la variable alteraciones funcionales del Inventario de Miedo a la Recurrencia disminuye la probabilidad de tener un alto nivel de satisfacción con la vida (OR: 0.866; IC95%: 0.775 – 0.967). Las variables en el modelo presentan valores $p = .004$ y $p = .01$ respectivamente, la prueba de Wald presenta un valor diferente a cero por lo que los predictores hacen una aportación significativa, el ajuste del modelo presenta valor $p = .425$ en la prueba de Hosmer y Lemeshow por lo que el modelo tiene un buen ajuste, finalmente el estadístico R cuadrado de Nagelkerke indica un valor de .418 por lo que el modelo explica un 41.8% de la varianza de satisfacción con la vida.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio del miedo a la recurrencia al cáncer en sobrevivientes de la enfermedad es una línea de investigación que ha tomado relevancia en la comunidad científica en función de la alta prevalencia del fenómeno y de que un alto nivel de miedo a la recurrencia afecta directamente la calidad de vida de las personas y coadyuva a un deterioro de la salud física y mental (Hanprasertpong et al., 2017; Dinkel, Herschbach y 2018). En este sentido, diversos estudios han demostrado la prevalencia de niveles clínicos de miedo a la recurrencia en pacientes que terminan el tratamiento primario (Custers et al., 2018; Ellegaard et al., 2017; Fang et al., 2018; Lane et al., 2019) resultado que coincide con lo encontrado en el presente estudio donde se identificó que el 45% de la muestra refiere tener un nivel de miedo a la recurrencia de carácter clínico, este hallazgo ayuda a enfatizar sobre la alta presencia del fenómeno en la población sobreviviente de cáncer.

Estudios como el de Cohee et al. (2015) y Smith et al. (2018) han intentado develar la relación entre el miedo a la recurrencia y características sociodemográficas como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel socioeconómico entre otras, no obstante, no se encontraron dichas relaciones, asimismo, los resultados de este estudio tampoco develan relación alguna entre el miedo a la recurrencia al cáncer y variables sociodemográficas salvo en el caso de la subescala del Inventario de Miedo a la Recurrencia denominada alteraciones funcionales que se encontró relacionada de forma significativa con la edad, sin

embargo, esta relación podría estar más inclinada hacia las limitaciones que presentan los adultos de edad avanzada que en su mayoría conformaron la muestra que hacia el miedo a la recurrencia.

Bajo la misma línea, el miedo a la recurrencia se vio relacionado con variables de la Escala Multidimensional de Fatalismo (pesimismo/desesperanza, locus y suerte). Este resultado se puede atribuir a que el miedo a la recurrencia se compone de cogniciones, creencias y emociones que surgen de la experiencia del cáncer (Lee-Jones et al., 1997) por lo que la percepción pesimista, el locus interno y la percepción de suerte pueden ser variables entendidas desde el orden cognitivo, resultados similares a los que reportan Smith et al. (2016) quienes encuentran relaciones entre el miedo a la recurrencia y creencias negativas sobre la preocupación, pensamientos de control y auto conclusiones negativas.

Los resultados en cuanto a la relación entre la satisfacción con la vida y el miedo a la recurrencia se observaron en las subescalas de severidad, estrés psicológico y alteraciones funcionales, donde se observaron correlaciones negativas en las tres variables, por lo que se interpreta que, a mayor satisfacción con la vida, menores son las alteraciones funcionales, la severidad y el estrés psicológico. En este sentido, cabe resaltar que la satisfacción con la vida es un indicador global de calidad de vida relacionada con salud (Martínez et al., 2004) por lo que la correlación negativa indica que la satisfacción con la vida podría interactuar como factor protector del declive de la calidad de vida perpetuado por el miedo a la recurrencia al cáncer. No obstante, se requieren estudios con muestras más

amplias, así como de modelos de mediación y moderación de variables para confirmar dicha interacción.

En paralelo, la satisfacción con la vida se relacionó con la subescala locus interno de la Escala Multidimensional de Fatalismo, este resultado coincide con lo reportado por Meadows et al. (2020) quienes asocian el locus interno con la salud espiritual y la satisfacción con la vida en sobrevivientes de cáncer. Asimismo, Zadworna-Cieslak (2020) relacionó la satisfacción con la vida con la espiritualidad y el locus interno. Estos hallazgos representan que la variable locus interno juega un papel importante en los niveles de satisfacción con la vida en sobrevivientes de cáncer.

Otro hallazgo interesante del estudio muestra las diferencias en cuanto a los niveles de miedo a la recurrencia en función del tiempo de terminación del tratamiento. El grupo con menos de 5 años de haber terminado el tratamiento primario presentó mayores niveles de miedo a la recurrencia, resultado que se coincide con lo reportado por Lane et al. (2019) quienes concluyen que a partir de los 5 años de terminación de tratamiento, disminuyen las posibilidades de presentar miedo a la recurrencia y el estudio de Ellegaard et al. (2017) donde demuestran una fuerte correlación negativa entre el tiempo de terminación del tratamiento y la aparición de miedo a la recurrencia, adicionalmente, Freeman-Gibb et al. (2016) también concluye que existe una importante relación entre el tiempo de terminación de tratamiento con la aparición del miedo a la recurrencia en los primeros años. Estos resultados permiten enfatizar que los mayores niveles de miedo a la recurrencia se presentan en los primeros años después de terminar

el tratamiento, por lo que se requieren intervenciones oportunas en cuanto a la temporalidad del fenómeno.

Otro dato relevante para la presente investigación gira en torno a la mayor presencia de fatalismo en aquellas personas sobrevivientes de cáncer que tienen un diagnóstico de otra enfermedad crónica, este resultado cobra relevancia en el sentido de que el fatalismo ha sido asociado con una mala adaptación a enfermedades crónicas y poca o nula adherencia al tratamiento incluido el cáncer (Abraido-Lanza et al., 2007; González et al., 2016; Marvan et al., 2016; Ojikutu et al., 2014; Powe et al., 2003) por lo que la presencia del fatalismo en la población sobreviviente de cáncer podría estar relacionado con aquellas conductas que no favorecen el estado de salud de las personas en cuanto a su sobrevivencia al cáncer como a su diagnóstico de otras enfermedades crónicas.

Sin embargo, es importante mencionar que el constructo fatalismo se encuentra en cierto desacuerdo en cuanto a su definición y funcionalidad entre la comunidad científica, Esparza et al. (2015) mencionan que, en función de esto, existen estudios sobre fatalismo en comportamientos relacionados a la salud con resultados opuestos, por lo que se recomienda interpretar los resultados del presente estudio en función de las limitaciones del concepto. Asimismo, se sugiere realizar estudios de mayor amplitud bajo la misma conceptualización de fatalismo para establecer de mejor forma el papel de la variable en sobrevivientes de cáncer con y sin otras enfermedades crónicas.

Estudios como el de Smith et al. (2018) refieren que las variables de orden cognitivo como la confianza en la memoria, las creencias positivas y negativas

sobre la preocupación y auto conclusiones cognitivas tienen una capacidad predictiva sobre el miedo a la recurrencia. Otro estudio presentado por Cohee et al. (2015) identifican el procesamiento cognitivo como mediador entre las limitaciones sociales y el miedo a la recurrencia. En este sentido, la teoría indica que las variables de orden cognitivo como el fatalismo y la satisfacción con la vida podrían establecer la predicción del fenómeno del miedo a la recurrencia.

Sin embargo, el presente estudio evaluó la capacidad predictora del fatalismo y la satisfacción con la vida y no se encontraron resultados significativos por lo que las variables no presentan capacidad para predecir el miedo a la recurrencia. En función de este resultado, se abre la vertiente de retomar la variable fatalismo como un rasgo cultural y un sistema de creencias globales (Leung et al., 2002) y no como una variable de orden cognitivo. Es decir que, el fatalismo representa una creencia que se desarrolla de la transición entre una persona cognitiva y emocionalmente activa con su estructura física o social limitada (Hui y Hui, 2009) y no únicamente a un proceso cognitivo procedente de la experiencia del cáncer.

En otras palabras, el fatalismo es un rasgo cultural que estaría presente en la población estudiada antes de la experiencia del cáncer, por lo que la variable no modifico el esquema cognitivo, emocional y de creencias que predice el miedo a la recurrencia, supuesto que se ve apoyado por estudios como el de Marvan et al. (2016) y Gonzales et al. (2016) quienes estudiaron el fatalismo en aras de prevención del cáncer y encontraron que el fatalismo está relacionado con la ausencia de prácticas de prevención de cáncer y cuidado de la salud. Estudios longitudinales y de comparación en poblaciones comunes y poblaciones clínicas

podrían coadyuvar a entender mejor el papel del fatalismo en sobrevivientes de cáncer.

En cuanto a la satisfacción con la vida, Dinner et al (1989) manifiestan que se trata de una variable de orden cognitivo y que además se utiliza como un indicador de calidad de vida (Martínez et al., 2004). En este sentido, se encontraron asociaciones significativas entre la satisfacción con la vida y el miedo a la recurrencia, no obstante, la satisfacción con la vida no logro predecir de forma significativa el miedo a la recurrencia.

Este resultado puede atribuirse a que la variable satisfacción con la vida es únicamente el componente cognitivo del modelo del bienestar subjetivo planteado por Diener et al. (1989) por lo que las correlaciones encontradas podrían abrir una línea de investigación para establecer una explicación del miedo a la recurrencia al cáncer a través del modelo del bienestar subjetivo. Se recomienda hacer estudios sobre la relación del miedo a la recurrencia con otras variables del modelo de bienestar subjetivo como la felicidad, cargas afectivas y calidad de vida.

Bajo la misma línea, el estudio evaluó diversos modelos de regresión logística entre las variables, si bien es cierto que el fatalismo y la satisfacción con la vida no predicen el miedo a la recurrencia, el fatalismo en conjunto con el miedo a la recurrencia si predicen de forma significativa la satisfacción con la vida en sobrevivientes de cáncer. Resultados similares se encontraron en el estudio de Meadows et al. (2019) donde el locus de control y la salud espiritual predecían la satisfacción con la vida en sobrevivientes de cáncer, en paralelo, Mostrac y Brajkovic (2022) proponen un modelo de mediación donde la relación entre el

crecimiento post traumático y la satisfacción con la vida se encuentra mediada por el significado de vida. Estos resultados dan pie a considerar la satisfacción con la vida como una variable de importancia en la población sobreviviente de cáncer, además, los resultados de esta investigación proponen que los niveles bajos de miedo a la recurrencia serían el medio hacia la satisfacción con la vida y no viceversa.

Conclusiones

De acuerdo con los objetivos planeados en la presente investigación se ofrecen las siguientes conclusiones:

- a) Es prudente resaltar la importancia de evaluar a través de estadísticos descriptivos los niveles de las variables de estudio en la muestra. En este sentido, se concluye que gran parte de la muestra presenta altos niveles de miedo a la recurrencia obteniendo puntajes considerando de nivel clínico lo que permite develar la magnitud del fenómeno del miedo a la recurrencia en sobrevivientes de cáncer y que da paso a trabajar en la intervención para la atención del miedo a la recurrencia.
- b) Es importante señalar que, si bien es cierto que, aunque los niveles de correlación demostrados en el estudio son en su mayoría bajos, aun son significativos y develan información importante en cuanto a el papel que desempeñan variables como el fatalismo, el pesimismo, la percepción de suerte y la satisfacción con la vida en el fenómeno del miedo a la recurrencia y todas sus dimensiones. No obstante, los resultados deben interpretarse con cautela y consideración de las limitaciones teóricas y metodológicas del estudio mencionados en la discusión. Asimismo, se concluye que existe la necesidad de expandir las vertientes de investigación en cuanto a las variables relacionadas en el miedo a la recurrencia en sobrevivientes de cáncer.
- c) Por otra parte, el alto número de casos de miedo a la recurrencia de nivel clínico en los participantes, se complementa con los análisis de diferencia

de grupos en personas con menos de 5 años de terminación de tratamiento y personas con 5 y más años reflejan una necesidad de acciones de intervención oportuna en cuanto a la temporalidad del fenómeno, las personas que terminan su tratamiento primario contra el cáncer requieren de intervenciones psicológicas oportunas que les permitan sobrellevar el impacto de la experiencia y así elevar su calidad de vida.

- d) Por otra parte, se concluye que el fatalismo como variable cognitiva no estaría involucrada en la aparición del miedo a la recurrencia. Se destaca la importancia de concebir el fatalismo como una variable de orden cultural y presente en la población, por lo que la variable no presenta un efecto significativo en el fenómeno del miedo a la recurrencia. No obstante, el fatalismo y el miedo a la recurrencia en conjunto si presentan capacidades para predecir la satisfacción con la vida lo que abre una vertiente a la investigación para considerar el fatalismo y el miedo a la recurrencia como un medio hacia la satisfacción con la vida

Finalmente, también es importante resaltar sobre la importancia de continuar con las investigaciones sobre el miedo a la recurrencia al cáncer, que permitan esclarecer las incógnitas sobre la experiencia del cáncer a nivel psicológico, asimismo, atender la sintomatología psíquica como prioridades del cuidado de la salud mental y la calidad de vida de las personas que sobreviven a este terrible padecimiento.

REFERENCIAS

- Abraído-Lanza, A. F., Viladrich, A., Flórez, K. R., Céspedes, A., Aguirre, A. N., & De La Cruz, A. A. (2007). Commentary: Fatalismo reconsidered: A cautionary note for health-related research and practice with Latino populations. *Ethnicity & disease, 17*(1), 153. <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9118-6>
- Altintas, H. K., Ayyildiz, T. K., Veren, F., & Topan, A. K. (2017). The effect of breast cancer fatalism on breast cancer awareness among Turkish women. *Journal of religion and health, 56*(5), 1537-1552. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0326-4>
- Altuve Burgos, J. J. (2020). Distrés psicológico, miedo a la recurrencia del cáncer y calidad de vida relacionada con la salud en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas. *Psicooncología, 17*(2). 239-253. <http://dx.doi.org/10.5209/psic.72019>
- Alvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y Salud, 20*(1), 97-102. <https://doi.org/10.25009/pys.v20i1.621>
- Arrieta, O., & Lazcano, E. (2020). Cáncer de pulmón. El peso de la enfermedad y avances en el diagnóstico y tratamiento. *salud pública de méxico, 61*, 217-218. <https://doi.org/10.21149/10660>

Asociación Americana de cáncer. (2020). *¿Cómo comprender su diagnóstico?* (26 octubre 2020) {Comunicado de prensa}.

<https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/que-es-el-cancer.html>

Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 314-319.

<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7597>

Bakan, A. B., Aslan, G., & Yıldız, M. (2021). Determination of breast cancer fatalism in women and the investigation of the relationship between women's cervical cancer and pap smear test health beliefs with religious orientation and fatalism. *Journal of religion and health*, 60(3), 1856-1876.

<https://doi.org/10.1007/s10943-020-01108-2>

Befort, C. A., Nazir, N., Engelman, K., & Choi, W. (2013). Fatalistic cancer beliefs and information sources among rural and urban adults in the USA. *Journal of Cancer Education*, 28(3), 521-526. <https://doi.org/10.1007/s13187-013-0496-7>

Bettencourt, B. A., Talley, A. E., Molix, L., Schlegel, R., & Westgate, S. J. (2008). Rural and urban breast cancer patients: health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(9), 932-939.

<https://doi.org/10.1002/pon.1315>

Blanco, A., & Díaz, D. (2007). El rostro bifronte del fatalismo: fatalismo colectivista y fatalismo individualista. *Psicothema*, 19(4), 552-558.

<https://www.redalyc.org/pdf/727/72719402.pdf>

Boonstra, A. M., Reneman, M. F., Stewart, R. E., Post, M. W., & Schiphorst Preuper, H. R. (2013). Life satisfaction in patients with chronic musculoskeletal pain and its predictors. *Quality of life research*, 22(1), 93-

101. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0132-8>

Caballero, A. E. (2018). The “A to Z” of managing type 2 diabetes in culturally diverse populations. *Frontiers in endocrinology*, 9, 479.

<https://doi.org/10.3389/fendo.2018.00479>

Cabo García, A., del Campo Mulet, E., Rubio González, T., Nápoles Smith, N., & Columbie Reguifero, J. C. (2018). Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con cáncer de pulmón en un servicio de neumología. *Medisan*, 22(4), 394-405.

<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n4/san09224.pdf>

Calvete, E., & Cardeñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos. *Psicothema*, 13(1), 95-100.

<https://www.redalyc.org/pdf/727/72713114.pdf>

Cameron, L. D., & Leventhal, H. (Eds.). (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 157-183). London: Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9780203553220>

- Castañeda Hernández, Á. H. (2015). Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *Revista Cuidarte*, 6(1), 906-913. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.146>
- Castillo-López, R. L., Lagunes-Córdoba, R., Vázquez, O. G., Landa-Ramírez, E., & Marván-Garduño, M. L. (2019). Validación de la versión castellana del Inventario de Fatalismo de Powe en población mexicana con cáncer. *Psicooncología*, 16(1), 89. <https://doi.org/10.5209/psic.63650>
- Cessna Palas, J. M., Hyland, K. A., Nelson, A. M., Small, B. J., Jim, H. S., & Jacobsen, P. B. (2021). An examination of the relationship of patient modifiable and non-modifiable characteristics with fear of cancer recurrence among colorectal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 29(2), 869-876. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05552-4>
- Chen, T., Liu, L. L., Cui, J. F., Chen, X. J., Wang, J., Zhang, Y. B. & Chan, R. C. (2016). Present-fatalistic time perspective and life satisfaction: The moderating role of age. *Personality and Individual Differences*, 99, 161-165. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.017>
- Cheng, H., Sit, J. W., Twinn, S. F., Cheng, K. K., & Thorne, S. (2013). Coping with breast cancer survivorship in Chinese women: the role of fatalism or fatalistic voluntarism. *Cancer Nursing*, 36(3), 236-244. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e31826542b2>
- Cipora, E., Konieczny, M., Karwat, I. D., Roczniak, W., & Babuska-Roczniak, M. (2018). Satisfaction with life among women with breast cancer-selected

demographic and social factors. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(2). <https://doi.org/10.26444/aaem/82622>

Cohee, A. A., Adams, R. N., Johns, S. A., Von Ah, D., Zoppi, K., Fife, B., ... & Champion, V. L. (2017). Long-term fear of recurrence in young breast cancer survivors and partners. *Psycho-oncology*, 26(1), 22-28. <https://doi.org/10.1002/pon.4008>

Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., & Fisher, P. (2015). The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. *Health Psychology*, 34(3), 207. <https://doi.org/10.1037/hea0000096>

Custers, J. A., Gielissen, M. F., Janssen, S. H., de Wilt, J. H., & Prins, J. B. (2016). Fear of cancer recurrence in colorectal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 24(2), 555-562. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2808-4>

Ćwiek, A., Czok, M., Kurczab, B., Kramarczyk, K., Drzyzga, K., & Kucia, K. (2017). Association between depression and hemodialysis in patients with chronic kidney disease. *Psychiatria Danubina*, 29(3), 499-503. <https://hrcak.srce.hr/file/383239>

Danaei, G., Vander Hoorn, S., Lopez, A. D., Murray, C. J., Ezzati, M., & Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers. (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *The Lancet*, 366(9499), 1784-1793. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67725-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67725-2)

- De Martel, C., Georges, D., Bray, F., Ferlay, J., & Clifford, G. M. (2020). Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), e180-e190.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30488-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30488-7)
- Díaz, D., Blanco, A., Bajo, M., & Stavradi, M. (2015). Fatalism and well-being across hispanic cultures: the social fatalism scales (SFS). *Social Indicators Research*, 124(3), 929-945. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0825-1>
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of social distress and the homeless*, 5(1), 11-38. <https://doi.org/10.1007/bf02090456>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34.
<https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.1.34>
- Diener, E. (2009). Subjective well-being. *The science of well-being*, 11-58.
https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6_2
- Diener, E. (2009). *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (Vol. 331). New York: Springer.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

- Diener, E., & Suh, E. M. (2003). 22-National differences in subjective well-being. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*.
<https://doi.org/10.7551/mitpress/2242.001.0001>
- Diener, E., Tay, L., & Oishi, S. (2013). Rising income and the subjective well-being of nations. *Journal of personality and social psychology*, 104(2), 267.
<https://doi.org/10.1037/a0030487>
- Dinkel, A., & Herschbach, P. (2018). Fear of progression in cancer patients and survivors. In *Psycho-Oncology* (pp. 13-33). Springer, Cham.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_2
- Drop, B., Janiszewska, M., Barańska, A., Kanecki, K., Nitsch-Osuch, A., & Bogdan, M. (2018). Satisfaction with life and adaptive reactions in people treated for chronic obstructive pulmonary disease. In *Clinical Pulmonary Research* (pp. 41-47). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/5584_2018_242
- Dumalaon-Canaria, J. A., Prichard, I., Hutchinson, A. D., & Wilson, C. (2018). Fear of cancer recurrence and psychological well-being in women with breast cancer: The role of causal cancer attributions and optimism. *European journal of cancer care*, 27(1), e12579. <https://doi.org/10.1111/ecc.12579>
- Egede, L. E., & Bonadonna, R. J. (2003). Diabetes self-management in African Americans: an exploration of the role of fatalism. *The Diabetes Educator*, 29(1), 105-115. <https://doi.org/10.1177/014572170302900115>
- Ellegaard, M. B. B., Grau, C., Zachariae, R., & Bonde Jensen, A. (2017). Fear of cancer recurrence and unmet needs among breast cancer survivors in the

first five years. A cross-sectional study. *Acta oncologica*, 56(2), 314-320.

<https://doi.org/10.1080/0284186x.2016.1268714>

El-Shami, K., Oeffinger, K. C., Erb, N. L., Willis, A., Bretsch, J. K., Pratt-Chapman, M. L., ... & Cowens-Alvarado, R. L. (2015). American Cancer Society colorectal cancer survivorship care guidelines. *CA: a cancer journal for clinicians*, 65(6), 427-455. <https://doi.org/10.3322/caac.21286>

Emanuel, A. S., Godinho, C. A., Steinman, C., & Updegraff, J. A. (2018). Education differences in cancer fatalism: The role of information-seeking experiences. *Journal of health psychology*, 23(12), 1533-1544.

<https://doi.org/10.1177/1359105316664129>

Esparza, O. A., Wiebe, J. S., & Quiñones, J. (2015). Simultaneous development of a multidimensional fatalism measure in English and Spanish. *Current Psychology*, 34(4), 597-612. <https://doi.org/10.1007/s12144-014-9272-z>

Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A. B., ... & Butow, P. (2016). Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(4), 663-673. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0512-5>

Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., & Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of oncology*, 18(3), 581-592. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdl498>

Ferro, T., & Borràs, J. M. (2011). Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 240-245. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.002>

Feuerstein, M. (2007). Defining cancer survivorship. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 1(1), 5-7. <https://doi.org/10.1007/s11764-006-0002-x>

Flórez, K. R., Aguirre, A. N., Viladrich, A., Céspedes, A., De La Cruz, A. A., & Abraído-Lanza, A. F. (2009). Fatalism or destiny? A qualitative study and interpretative framework on Dominican women's breast cancer beliefs. *Journal of immigrant and minority health*, 11(4), 291-301. <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9118-6>

Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). "Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation": Correction to Fritz et al. (2011). *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 30. <https://doi.org/10.1037/a0026092>

Freeman-Gibb, L. A., Janz, N. K., Katapodi, M. C., Zikmund-Fisher, B. J., & Northouse, L. (2017). The relationship between illness representations, risk perception and fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 26(9), 1270-1277. <https://doi.org/10.1002/pon.4143>

Gonzales, F. A., Hurtado-de-Mendoza, A., Santoyo-Olsson, J., & Nápoles, A. M. (2016). Do coping strategies mediate the effects of emotional support on emotional well-being among Spanish-speaking Latina breast cancer

survivors?. *Psycho-Oncology*, 25(11), 1286-1292.

<https://doi.org/10.1002/pon.3953>

Gonzalez, P., Nuñez, A., Wang-Letzkus, M., Lim, J. W., Flores, K. F., & Nápoles, A. M. (2016). Coping with breast cancer: Reflections from Chinese American, Korean American, and Mexican American women. *Health Psychology*, 35(1), 19. <https://doi.org/10.1037/hea0000263>

Hall, D. L., Lennes, I. T., Pirl, W. F., Friedman, E. R., & Park, E. R. (2017). Fear of recurrence or progression as a link between somatic symptoms and perceived stress among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 25(5), 1401-1407. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3533-3>

Hanprasertpong, J., Geater, A., Jiamset, I., Padungkul, L., Hirunkajonpan, P., & Songhong, N. (2017). Fear of cancer recurrence and its predictors among cervical cancer survivors. *Journal of gynecologic oncology*, 28(6). <https://doi.org/10.3802/jgo.2017.28.e72>

Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors—a systematic review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163-181. <https://doi.org/10.2190/pm.40.2.c>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Hernández-Ávila, C. E., & Escobar, N. A. C. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud*, 2(1) 75-79. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>

Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Buchmann, L. O., Compas, B., Deshields, T. L., Dudley, M. M., Fleishman, S., Fulcher, C. D., Greenberg, D. B., Greiner, C. B., Handzo, G. F., Hoofring, L., Hoover, C., Jacobsen, P. B., Kvale, E., Levy, M. H., Loscalzo, M. J., McAllister-Black, R. & Freedman-Cass, D. A. (2013). Distress Management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 11(2), 190–209. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2013.0027>

Hong, S. J., & You, K. H. (2016). The effects of experienced uncertainty and patients' assessments of cancer-related information-seeking experiences on fatalistic beliefs and trust in physicians. *Health Communication*, 31(12), 1495-1505. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1089399>

Hui, C. M., & Hui, H. H. N. (2009). The mileage from social axioms: Learning from the past and looking forward. In *Psychological aspects of social axioms* (pp. 13-30). Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09810-4_2

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (4 febrero, 2021). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero)*. {Comunicado de prensa}. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf

- Juárez, G., Ferrell, B., & Borneman, T. (1998). Perceptions of quality of life in Hispanic patients with cancer. *Cancer Practice*, 6(6), 318-324.
<https://doi.org/10.1046/j.1523-5394.1998.006006318.x>
- Kobayashi, L. C., & Smith, S. G. (2016). Cancer fatalism, literacy, and cancer information seeking in the American public. *Health Education & Behavior*, 43(4), 461-470. <https://doi.org/10.1177/1090198115604616>
- Kowalska, J., Gorączko, A., Jaworska, L., & Szczepańska-Gieracha, J. (2017). An assessment of the burden on polish caregivers of patients with dementia: a preliminary study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 32(8), 509-515. <https://doi.org/10.1177/1533317517734350>
- Kroker, L., Dubois, C., Münstedt, K., Büntzel, J., Keinki, C., & Hübner, J. (2019). A pilot study of side effects of cancer therapies and their impact on satisfaction with life. *Cancer Investigation*, 37(4-5), 216-226.
<https://doi.org/10.1080/07357907.2019.1625055>
- Lane, B. E., Garland, S. N., Chalifour, K., Eaton, G., Lebel, S., Galica, J., ... & Simard, S. (2019). Prevalence and factors associated with fear of recurrence in a mixed sample of young adults with cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 13(6), 842-851. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00802-9>
- Lau, R. R., & Hartman, K. A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health psychology*, 2(2), 167. 10. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.2.2.167>

Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., & Butow, P. (2017). Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence. *Psycho-oncology*, 26(4), 424-427.

<https://doi.org/10.1002/pon.4103>

Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Bebbington Hatcher, M. (1997). Fear of cancer recurrence—a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 6(2), 95-105. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(199706\)6:2<95::aid-pon250>3.0.co;2-b](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(199706)6:2<95::aid-pon250>3.0.co;2-b)

Leung, K., Bond, M. H., de Carrasquel, S. R., Muñoz, C., Hernández, M., Murakami, F., ... & Singelis, T. M. (2002). Social axioms: The search for universal dimensions of general beliefs about how the world functions. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(3), 286-302.

<https://doi.org/10.1177/0022022102033003005>

Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 143-163.

<https://doi.org/10.1007/bf01173486>

Løvereide, L., & Hagell, P. (2016). Measuring life satisfaction in Parkinson's disease and healthy controls using the Satisfaction With Life Scale. *Plos One*, 11(10), e0163931. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163931>

Luna, D. F. B., Manrique, M. A., García, M. Á. C., Corona, T. P., Velázquez, N. N. H., Espinoza, Y. M. E., ... & Cardona, J. C. (2016). Epidemiología del cáncer colorrectal en menores de 50 años en el Hospital Juárez de México. *Endoscopia*, 28(4), 160-165.

<https://doi.org/10.1016/j.endomx.2016.10.008>

Maercker, A., Ben-Ezra, M., Esparza, O. A., & Augsburger, M. (2019). Fatalism as a traditional cultural belief potentially relevant to trauma sequelae: Measurement equivalence, extent and associations in six countries. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1).

<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1657371>

Maly, R. C., Liu, Y., Liang, L. J., & Ganz, P. A. (2015). Quality of life over 5 years after a breast cancer diagnosis among low-income women: effects of race/ethnicity and patient-physician communication. *Cancer*, 121(6), 916-926. <https://doi.org/10.1002/cncr.29150>

Martín, M., Herrero, A., & Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. *Arbor*, 191(773), a234-a234.

<https://doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004>

Martínez, M. J. C., Martínez, M. R., García, J. C., Cortés, M. I. O., Ferrer, A. R., & Herrero, B. T. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.

<https://www.redalyc.org/pdf/727/72716318.pdf>

Marván, M. L., Ehrenzweig, Y., & Catillo-López, R. L. (2016). Fatalistic beliefs and cervical cancer screening among Mexican women. *Health care for women international*, 37(1), 140-154.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2014.959169>

Marzo-Castillejo, M., Vela-Vallespín, C., Bellas-Beceiro, B., Bartolomé-Moreno, C., Melús-Palazón, E., Vilarrubí-Estrella, M., & Nuin-Villanueva, M. (2018).

Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS

2018. *Atención primaria*, 50(Suppl 1), 41. [https://doi.org/10.1016/s0212-](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(18)30362-7)

[6567\(18\)30362-7](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(18)30362-7)

Meadows, R. J., Nolan, T. S., & Paxton, R. J. (2020). Spiritual health locus of control and life satisfaction among African American breast cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology*, 38(3), 343-357.

<https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1692988>

Mehmedagic, I., Santén, S., Jörgensen, S., & Acosta, S. (2016). Life satisfaction in patients with and without spinal cord ischemia after advanced endovascular therapy for extensive aortic disease at mid-term follow-up. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(10), 861-864. [https://doi.org/10.2340/16501977-](https://doi.org/10.2340/16501977-2157)

[2157](https://doi.org/10.2340/16501977-2157)

Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013).

Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with

spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *The lancet oncology*, 14(8), 721-732. [https://doi.org/10.1016/s1470-](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(13)70244-4)

[2045\(13\)70244-4](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(13)70244-4)

[2045\(13\)70244-4](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(13)70244-4)

- Monleón, M. B., Andreu, J. L., Estellés, I. S., Castaño, M. H., Aguilar, J. G., Delgado, F. M., & Tortajada, J. F. (2000, January). Secuelas psicológicas en los supervivientes a largo plazo de cáncer. In *Anales de Pediatría* 53 (6), 553-560. [https://doi.org/10.1016/s1695-4033\(00\)77498-4](https://doi.org/10.1016/s1695-4033(00)77498-4)
- Morales-Cruz, J., Bernal, G., & Amaral-Figueroa, M. (2017). Impacto y viabilidad de una intervención con activación conductual mediante actividad física para sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista puertorriqueña de psicología*, 28(1), 116-132. <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233255999008.pdf>
- Moreira, T., Hernandez, D. C., Scott, C. W., Murillo, R., Vaughan, E. M., & Johnston, C. A. (2018). Susto, coraje, y fatalismo: cultural-bound beliefs and the treatment of diabetes among socioeconomically disadvantaged Hispanics. *American journal of lifestyle medicine*, 12(1), 30-33. <https://doi.org/10.1177/1559827617736506>
- Mostarac, I., & Brajković, L. (2022). Life After Facing Cancer: Posttraumatic Growth, Meaning in Life and Life Satisfaction. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(1), 92-102. <https://doi.org/10.1007/s10880-021-09786-0>
- Mousalli-Kayat, G. (2015). Métodos y diseños de investigación cuantitativa. ResearchGate. https://www.researchgate.net/profile/Gloria-Mousalli/publication/303895876_Metodos_y_Disenos_de_Investigacion_Cu

[antitativa/links/575b200a08ae414b8e4677f3/Metodos-y-Disenos-de-Investigacion-Cuantitativa.pdf](https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1762823)

Muldbücker, P., Steinmann, D., Christiansen, H., de Zwaan, M., & Zimmermann, T. (2021). Are women more afraid than men? Fear of recurrence in couples with cancer—predictors and sex-role-specific differences. *Journal of psychosocial oncology*, 39(1), 89-104. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1762823>

Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313(4), 270-273. <https://doi.org/10.1056/nejm198507253130421>

National Cancer Institute Office of Cancer Survivorship. Statistics, Graphs and Definitions. Cancercontrol.cancer.gov. Last updated December 9, 2020. <https://cancercontrol.cancer.gov/ocs/statistics>

National Cancer Institute. Understanding Cancer Prognosis. Cancer.gov. Last reviewed June 17, 2019. <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/prognosis#survival-statistics>

Ojikutu, B., Nnaji, C., Sithole-Berk, J., Bogart, L. M., & Gona, P. (2014). Barriers to HIV testing in black immigrants to the US. *Journal of health care for the poor and underserved*, 25(3), 1052. <https://doi.org/10.1353/hpu.2014.0141>

Organización Mundial de la Salud (3 marzo, 2021). *Cáncer*. {Comunicado de prensa}. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

- Otto, A. K., Soriano, E. C., Siegel, S. D., LoSavio, S. T., & Laurenceau, J. P. (2018). Assessing the relationship between fear of cancer recurrence and health care utilization in early-stage breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 12(6), 775-785. <https://doi.org/10.1007/s11764-018-0714-8>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232. <https://doi.org/10.4067/s0717-95022017000100037>
- Ozakinci, G., Sobota, A., & Humphris, G. (2014). Fear of cancer recurrence among breast cancer survivors. *Current Breast Cancer Reports*, 6(3), 219-225. <https://doi.org/10.1007/s12609-014-0153-0>
- Pabbathi, S., Abid, A., Mehta, K., Martinez, D. T., Hall, C., & McMillan, S. (2017). Evaluation of the psychosocial needs of cancer survivors. https://doi.org/10.1200/jco.2017.35.5_suppl.207
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social indicators research*, 28(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/bf01086714>
- Pérez, M & Livacic, P. (2002). Desafíos para la psicología latinoamericana. *Papeles del psicólogo*. (83), 21- 26. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808303.pdf>

- Perou, C. M., Sørli, T., Eisen, M. B., Van De Rijn, M., Jeffrey, S. S., Rees, C. A., & Botstein, D. (2000). Molecular portraits of human breast tumours. *nature*, 406(6797), 747-752. <https://doi.org/10.1038/35021093>
- Polański, J., Chabowski, M., Świątoniowska-Lonc, N., Jankowska-Polańska, B., & Mazur, G. (2020). Can life satisfaction be considered a predictor of quality of life in patients with lung cancer. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 24(21), 11128-11138. <https://doi.org/10.3390/nu13103332>
- Puigpinós-Riera, R., Graells-Sans, A., Serral, G., Continente, X., Bargalló, X., Doménech, M., ... & Vidal, E. (2018). Anxiety and depression in women with breast cancer: Social and clinical determinants and influence of the social network and social support (DAMA cohort). *Cancer Epidemiology*, 55, 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.06.002>
- Reynoso-Noverón, N., & Torres-Domínguez, J. A. (2017). Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 8(1), 9-15. <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283059952003.pdf>
- Robles Mendoza, A. L. (2014). Miedo en las calles: principal emoción de la inseguridad pública delictiva. Un estudio criminológico y de género. *Revista IUS*, 8(34), 81-100. <https://doi.org/10.35487/rius.v8i34.2014.123>
- Rogers, S. N., Mepani, V., Jackson, S., & Lowe, D. (2017). Health-related quality of life, fear of recurrence, and emotional distress in patients treated for thyroid

cancer. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 55(7), 666-673.

<https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2016.09.001>

Ross, C. E., Mirowsky, J., & Cockerham, W. C. (1983). Social class, Mexican culture, and fatalism: Their effects on psychological distress. *American Journal of Community Psychology*, 11(4), 383-399.

<https://doi.org/10.1007/bf00894055>

Salas, D., & Peiró, R. (2013). Evidencias sobre la prevención del cáncer. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 15(2), 66-

75. <https://doi.org/10.4321/s1575-06202013000200005>

Sánchez, J. (2005). El fatalismo como forma de ser en el mundo del latinoamericano. *Psicogente*, 8(13), 55-65.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6113919>

Secretaría de Salud de México. (2015). *¿Qué es el #cáncer?* {Infografía}.

<https://www.gob.mx/salud/articulos/infografia-que-es-el-cancer?state=published>

Shahid, F., Beshai, S., & Del Rosario, N. (2020). Fatalism and depressive symptoms: active and passive forms of fatalism differentially predict depression. *Journal of religion and health*, 59(6), 3211-3226.

<https://doi.org/10.1007/s10943-020-01024-5>

Shay, L. A., Carpentier, M. Y., & Vernon, S. W. (2016). Prevalence and correlates of fear of recurrence among adolescent and young adult versus older adult

- post-treatment cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 24(11), 4689-4696. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3317-9>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2018). Cancer statistics, 2018. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(1), 7-30. <https://doi.org/10.3322/caac.21442>
- Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive care in cancer*, 17(3), 241-251. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y>
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 300-322 <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>
- Smith, A. B., Costa, D., Galica, J., Lebel, S., Tauber, N., van Helmond, S. J., & Zachariae, R. (2020). Spotlight on the fear of cancer recurrence inventory (FCRI). *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 1257. <https://doi.org/10.2147/prbm.s231577>
- Smith, A. B., Sharpe, L., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Fardell, J. E., ... & Butow, P. (2018). Medical, demographic and psychological correlates of fear of cancer recurrence (FCR) morbidity in breast, colorectal and melanoma cancer survivors with probable clinically significant FCR seeking psychological treatment through the ConquerFear study. *Supportive Care in Cancer*, 26(12), 4207-4216. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4294-y>

Sociedad Española de Oncología Médica. (2013). Plan integral de atención a los largos supervivientes de cáncer.

[https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PLAN INTEGRAL LARGO SUPERVIVIENTE.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PLAN_INTEGRAL_LARGO_SUPERVIVIENTE.pdf)

Solomon, R. C. (2003). On fate and fatalism. *Philosophy East and West*, 435-454. <https://doi.org/10.1353/pew.2003.0047>

Tellez, A., García C., & Corral-Vergudo, V. (2015). Effect size, confidence intervals and statistical power in psychological research. *Psychology in Russia: State of the art*, 8(3), 27-46. <https://doi.org/10.11621/pir.2015.0303>

Thewes, B., Butow, P., Bell, M. L., Beith, J., Stuart-Harris, R., Grossi, M., ... & Dalley, D. (2012). Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: a cross-sectional study of prevalence and association with health behaviours. *Supportive Care in Cancer*, 20(11), 2651-2659. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1371-x>

Thompson, J., Coleman, R., Colwell, B., Freeman, J., Greenfield, D., Holmes, K., & Reed, M. (2013). Levels of distress in breast cancer survivors approaching discharge from routine hospital follow-up. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1866-1871. <https://doi.org/10.1002/pon.3229>

Tsaousides, T., Spielman, L., Kajankova, M., Guetta, G., Gordon, W., & Dams-O'Connor, K. (2017). Improving emotion regulation following web-based group intervention for individuals with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(5), 354-365.

<https://doi.org/10.1097/htr.0000000000000345>

- Valois, P., Desharnais, R., & Godin, G. (1988). A comparison of the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitudinal models for the prediction of exercise intention and behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 11(5), 459-472. <https://doi.org/10.1007/bf00844839>
- Van de Wal, M., van de Poll-Franse, L., Prins, J., & Gielissen, M. (2016). Does fear of cancer recurrence differ between cancer types? A study from the population-based PROFILES registry. *Psycho-Oncology*, 25(7), 772-778. <https://doi.org/10.1002/pon.4002>
- Vargas, M. G. (2019). Las cualidades del miedo. *Revista de la Universidad de México*, (7), 83-87. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7083612>
- Varona Pérez, P., Herrera Travieso, D., García Roche, R. G., Bonet Gorbea, M., Romero Pérez, T., & Venero Fernández, S. J. (2009). Mortalidad atribuible al tabaquismo en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35. <https://doi.org/10.1590/s0864-34662009000200015>
- Vazquez, C., Duque, A., & Hervas, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative data. *The Spanish journal of psychology*, 16. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 3, 87-116. <https://repub.eur.nl/pub/16195/>
- Vera-Villarroel, P., Urzúa, A., Celis-Atenas, P. P. K., & Silva, J. (2012). Evaluation of subjective well-being: Analysis of the satisfaction with life scale in Chilean

population. *Universitas Psychologica*, 11(3), 719-727.

<https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy11-3.eswa>

Vickberg, S. M. J. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 16-24. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2501_03

Wang, W. T., Tu, P. C., Liu, T. J., Yeh, D. C., & Hsu, W. Y. (2013). Mental adjustment at different phases in breast cancer trajectory: Re-examination of factor structure of the Mini-MAC and its correlation with distress. *Psycho-Oncology*, 22(4), 768-774. <https://doi.org/10.1002/pon.3065>

Watanabe, B. Y. A. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y salud*, 15(1), 121-126. <https://doi.org/10.25009/pys.v15i1.826>

Wells, J. S., Strickland, O. L., Dalton, J. A., & Freeman, S. (2015). Adherence to intravenous chemotherapy in african-american and caucasian women with early stage breast cancer. *Cancer nursing*, 38(2), 89. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000139>

Wiegering, A., Ackermann, S., Riegel, J., Dietz, U. A., Götze, O., Germer, C. T., & Klein, I. (2016). Improved survival of patients with colon cancer detected by screening colonoscopy. *International journal of colorectal disease*, 31(5), 1039-1045. <https://doi.org/10.1007/s00384-015-2501-6>

- Yang, Y., Li, W., Wen, Y., Wang, H., Sun, H., Liang, W., ... & Humphris, G. (2019). Fear of cancer recurrence in adolescent and young adult cancer survivors: a systematic review of the literature. *Psycho-oncology*, 28(4), 675-686. <https://doi.org/10.1002/pon.5013>
- Yang, Y., Wen, Y., Bedi, C., & Humphris, G. (2017). The relationship between cancer patient's fear of recurrence and chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 98, 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.05.002>
- Zadworna-Cieślak, M. (2020). Spirituality, satisfaction with life and health-related behavior of older residents of long-term care institutions—a pilot study. *Explore*, 16(2), 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2019.07.016>
- Zayas, A., Molinero, R. G., Guil, R., Olarte, P. G., & Orozco, E. J. (2018). Relación entre la resiliencia y la satisfacción con la vida en una muestra de mujeres con cáncer de mama. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 127-136. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v3.1233>

ANEXOS

***NOTA:**

EL INVENTARIO DE MIEDO A LA RECURRENCIA AL CÁNCER NO APARECE EN EL PRESENTE DOCUMENTO YA QUE LOS AUTORES DEL INSTRUMENTO NO PERMITEN SU DISTRIBUCIÓN.

Escala Multidimensional de Fatalismo (Esparza et al.,2015)

Instrucciones: Por favor conteste las siguientes preguntas basándose en lo que usted piensa. Evalúe que tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada enunciado. **Asegúrese de contestar todos los enunciados. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.**

		①	②	③	④	⑤
		Fuertemente En Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Fuertemente De Acuerdo
1	He aprendido que lo que tiene que pasar pasará.	①	②	③	④	⑤
2	Siento que nada de lo que yo pueda hacer cambiará las cosas.	①	②	③	④	⑤
3	Siento que cuando pasan cosas buenas, suceden como resultado de mis propios esfuerzos.	①	②	③	④	⑤
4	Cuando obtengo lo que quiero es usualmente porque tengo suerte.	①	②	③	④	⑤
5	Todo lo que sucede es parte del plan de Dios.	①	②	③	④	⑤
6	Si algo malo me va a pasar, pasará sin importar lo que haga.	①	②	③	④	⑤
7	A veces siento que no hay nada que esperar del futuro.	①	②	③	④	⑤
8	Lo que me pase a mí en el futuro depende mayormente de mí.	①	②	③	④	⑤
9	El grado de éxito que tienen las personas en su trabajo está relacionado con la cantidad de suerte que tienen.	①	②	③	④	⑤
10	Todo lo que le pasa a una persona fue planeado por Dios.	①	②	③	④	⑤
11	Si pasan cosas malas, es porque así tenía que pasar.	①	②	③	④	⑤
12	Yo siento que no tengo ningún control sobre las cosas que me pasan.	①	②	③	④	⑤

13	Mi vida está determinada por mis propias acciones.	① ② ③ ④ ⑤
14	Alguna gente simplemente nace siendo suertuda.	① ② ③ ④ ⑤
15	Cualquier cosa que me pase en la vida, es porque así quería Dios que pasara.	① ② ③ ④ ⑤
16	No tiene sentido hacer muchos planes: si algo bueno va a pasar, pasará.	① ② ③ ④ ⑤
17	No importa qué tanto me esfuerce, todavía no puedo triunfar en la vida.	① ② ③ ④ ⑤
18	Lo que la gente obtiene de la vida es siempre debido a la cantidad de esfuerzo que le dedican.	① ② ③ ④ ⑤
19	Cuando le pasan cosas buenas a la gente, es por buena suerte.	① ② ③ ④ ⑤
20	Dios controla todo lo bueno y lo malo que le sucede a una persona.	① ② ③ ④ ⑤
21	La vida es muy imprevisible, y no hay nada que uno pueda hacer para cambiar el futuro.	① ② ③ ④ ⑤
22	Con frecuencia me siento abrumado con problemas, ya que no tengo ningún control sobre la resolución de estos problemas.	① ② ③ ④ ⑤
23	Lo que me pase a mí es consecuencia de lo que yo haga.	① ② ③ ④ ⑤
24	Las cosas más buenas que me pasan son generalmente por suerte	① ② ③ ④ ⑤
25	Dios tiene un plan para cada persona y usted no puede cambiar su plan.	① ② ③ ④ ⑤
26	La gente se muere cuando es su tiempo de morir y no hay mucho que se pueda hacer al respecto.	① ② ③ ④ ⑤
27	No hay nada que yo pueda hacer para tener éxito en la vida, pues el nivel de éxito está determinado cuando uno nace.	① ② ③ ④ ⑤

28	Puedo hacer cualquier cosa, si realmente puedo hacerlo.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
29	No existe la suerte.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
30	Por mucho esfuerzo que yo invierta en hacer las cosas, la final, la decisión de Dios prevalecerá.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5

Instrucciones para calificar:

1. Recodificar de manera inversa el ítem 24
2. Sumar los siguientes ítems por cada factor:
 - a. Fatalismo: 1, 6, 11, 16, 21, 26
 - b. Pesimismo/Desesperanza: 2, 7, 12, 17, 22, 27
 - c. Locus Interno: 3, 8, 13, 18, 23, 28
 - d. Suerte: 4, 9, 14, 19, 24, 29
 - e. Control Divino: 5, 10, 15, 20, 25, 30

Escala en inglés validada está disponible con los autores

Oscar A. Esparza, Ph. D.: oesparza@uacj.mx

Esparza, O. A., Wiebe, J. S., & Quiñones, J. (2015). Simultaneous development of a multidimensional fatalism measure in English and Spanish. *Current Psychology*, 34, 597-612. 10.1007/s12144-014-9272-z

Escala de satisfacción con la vida de Diener et al. (1985). Validación en español de Vázquez et al. (2013).

Instrucciones: A continuación, hay cinco afirmaciones con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Lea cada una de ellas y después seleccione la respuesta que mejor describa en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo (1= Fuertemente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Ligeramente en desacuerdo; 4 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5 = Ligeramente de acuerdo; 6 = De acuerdo; 7 = Fuertemente de acuerdo).

1. En la mayoría de los aspectos, mi vida se acerca a mi ideal.	1	2	3	4	5	6	7
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
3. Estoy completamente satisfecho/a con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada.	1	2	3	4	5	6	7